

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

PAR MM. LES DOCTEURS

BAILLARGER

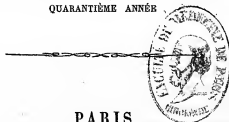
Médecin honoraire de la Salpêtrière, Membre de l'Académie de médecine

LUNIER ET FOVILLE

Inspecteurs généraux des établissements de bienfaisance
et des asiles d'aliénés

SIXIÈME SÉRIE. — TOME HUITIÈME

QUARANTIÈME ANNÉE



PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRIE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, boulevard Saint-Germain, 120

1882

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

CHRONIQUE

La folie et le divorce devant la Chambre des députés et devant les tribunaux. — Les maisons de santé privées, pour le traitement des aliénés, devant le Parlement anglais. — Troubles intellectuels dans le cours de la paralysie agitante. — Théories relatives à la localisation cérébrale des phénomènes de sensibilité. — De l'hyosciamine dans le traitement de l'aliénation mentale. — La castration et l'ablation des ovaires employées comme moyens curatifs de la folie.

Dans la séance du 8 mai 1882, la Chambre des députés a adopté, en première lecture, le projet de loi présenté par M. Naquet pour le rétablissement du divorce en France. L'amendement de M. Guillot (de l'Isère) d'après lequel la folie d'un des conjoints aurait pu être une cause de divorce, amendement dont nous avons parlé dans notre précédente chronique, n'a pas été admis par la Commission, et son auteur ne l'a pas reproduit pendant la discussion publique; il y a donc lieu de croire qu'il est définitivement écarté de la discussion; on peut, également, considérer comme établi

que ce résultat est dû à l'unanimité avec laquelle les médecins consultés par la Commission se sont montrés défavorables à ce projet ; disons en passant que, contrairement à ce que nous avons répété d'après divers journaux politiques, ces médecins n'ont pas été au nombre de quatre, mais de trois seulement, MM. Blanche, Chârcot et Magnan.

Voici donc une occasion où des médecins éclairés, d'accord pour se prononcer dans un sens précis et absolu, sur une question pratique très délicate, touchant à la fois aux sciences biologiques et aux sciences sociales, ont exercé, bien qu'ils ne fissent pas partie du Parlement, une influence manifeste sur les décisions des pouvoirs publics. C'est un exemple à ne pas oublier et qui prouve que, dans certains cas du moins, l'intervention médicale auprès du législateur n'est pas impuissante.

Dans la séance du 9 mai, M. Blanche a fait, devant l'Académie de médecine, une lecture qui peut être considérée comme la reproduction des arguments qu'il avait présentés, sur la question du divorce, devant la Commission de la Chambre, qui avait désiré l'entendre. Bien que cette lecture, retardée par la longue discussion relative au chloroforme, n'ait été faite que postérieurement au vote du projet de loi, elle n'a rien perdu, pour cela, de son intérêt scientifique ; aussi la reproduisons-nous textuellement.

Le 30 mai, M. Luys a cherché à réfuter les arguments de M. Blanche qui lui a répondu le 13 juin. Nous ne pouvons, malheureusement, donner toute cette discussion dans le présent numéro, mais nous nous réservons d'y revenir.

Par une singulière coïncidence, il vient de se passer, en Angleterre un fait qui se rattache au même sujet et qui doit être l'objet d'une discussion au sein de l'Association médico-psychologique de Londres. On sait que le divorce a existé de tout temps en Angleterre ; mais il ne semble pas qu'aucun texte de loi dise si la folie peut être, ou non, une cause de divorce ; c'est au juge à apprécier chaque espèce

particulière d'après les circonstances qui lui sont propres et à décider en conséquence. Or, il paraît que dans la pratique la folie n'est, pour ainsi dire, jamais admise comme une cause de divorce; il vient cependant de se produire une exception, à la date du 16 décembre 1881, devant la Cour des divorces. Une jeune femme, après avoir été mariée, refusa, pendant la nuit des noces, de laisser consommer le mariage; un médecin appelé déclara qu'elle ne jouissait pas de sa raison; le Dr Savage, médecin de l'hôpital Bethlem, la vit peu après, trouva qu'elle était affectée de lypémanie et exprima l'avis que cette maladie devait durer depuis un certain temps. D'après lui, cette femme n'était pas en état de contracter un engagement quelconque. Cette manière de voir fut approuvée par le juge et le mariage fut déclaré nul. La *Lancet* (n° du 31 décembre 1881) dit que c'est le premier cas de ce genre qui ait été décidé; elle ajoute qu'il n'est pas très rare que des mariages, une fois célébrés, ne soient pas consommés, par suite de l'état de folie de l'un des conjoints. Il faut remarquer que, en pareil cas, ce n'est pas le divorce qui a été prononcé, mais bien la nullité du mariage; la juridiction est la même, mais la nature de la décision est toute différente. Quelle eût été la sentence du juge, si le mariage avait été consommé et surtout s'il y avait eu des enfants? La *Lancet* dit qu'il est peu probable qu'en pareil cas le divorce eût été prononcé, bien que l'incapacité à contracter un engagement eût été la même.

Le cas a été soumis par le Dr Savage à l'Association médico-psychologique et la discussion a été ajournée; mais le président, Dr Hack Tuke, a présenté, de suite, quelques remarques d'où il résulte que le cas n'est pas sans précédent. Quatre ou cinq fois les tribunaux anglais ont déjà prononcé la nullité d'un mariage non consommé pour cause de folie; mais il ajoute que si le mariage a été contracté pendant la durée d'un intervalle lucide, ou si la folie ne

s'est produite que postérieurement au mariage, il ne peut y avoir là un motif suffisant pour faire prononcer le divorce.

Une importante discussion relative au régime des aliénés a eu lieu le 26 avril dernier, au sein de la Chambre des communes, à Londres. Depuis quelques années, une partie de la presse médicale et de la presse politique, en Angleterre, attaque le système des Asiles privés, ou plutôt des Maisons de santé, destinées au traitement des aliénés riches, pour lesquels les familles peuvent payer une pension plus ou moins élevée.

C'est en grande partie à cette préoccupation que répondait la motion de M. Leighton qui demandait à ce que « tous les aliénés fussent confiés à la garde de l'Etat ».

Le principal argument invoqué par M. Leighton contre les maisons de santé consistait à dire qu'elles constituent une spéculation industrielle ; qu'en conséquence leurs propriétaires ont un intérêt personnel à recevoir des pensionnaires riches, à les conserver le plus longtemps possible et à réduire les dépenses de manière à augmenter les bénéfices. Pour remédier à ces inconvénients, il proposait non pas de détruire les maisons de santé, mais de les faire racheter par l'Etat, qui pourrait, du reste, maintenir à leur tête, les médecins et propriétaires actuels ; seulement ceux-ci deviendraient des fonctionnaires publics, recevant un traitement fixe ; toute idée de spéculation personnelle cesserait de les inspirer et personne ne pourrait plus les soupçonner d'attirer des pensionnaires dont l'état mental ne justifierait pas suffisamment le séquestre, ni de vouloir conserver leurs malades au delà du temps nécessaire.

Mais ce n'était là qu'un des côtés de la question ; la motion, si elle avait été adoptée, aurait eu pour résultat d'exonérer complètement les comtés, villes et paroisses des dépenses relatives aux aliénés et de mettre la totalité de ces dépenses à la charge de l'Etat, qui aurait eu seul la

responsabilité de l'ensemble du service, centralisé entre ses mains.

On voit que la question était complexe et qu'en peu de mots elle aurait bouleversé, d'une manière absolue, tout le système du traitement des aliénés, adopté jusqu'à ce jour, tant en Angleterre que dans tous les autres pays civilisés, où l'assistance donnée aux aliénés est, au moins pour la plus grande partie, considérée comme incombant aux autorités locales et ne constituant pas une charge de l'Etat; en Angleterre, cependant, celui-ci intervient, depuis 1874, en fournissant, pour chaque aliéné indigent, une subvention de quatre shillings par semaine, ce qui constitue à peu près la moitié des frais de traitement.

Engagée sur ces questions multiples, la discussion a été assez confuse et elle n'est guère intéressante que par les détails. La plupart des orateurs ont combattu la proposition et celle-ci a été rejetée par 84 voix contre 34.

Le ministre de l'intérieur, retenu ailleurs, n'avait pu assister à la séance; il est probable que, soit par l'initiative du gouvernement anglais, soit autrement, la question du régime des aliénés ne tardera pas à provoquer de nouvelles discussions au sein du Parlement.

Lors du Congrès de Londres, M. le professeur Ball avait fait, devant la Section de maladies mentales, une communication sur les troubles intellectuels qu'il avait observés, à plusieurs reprises, chez des malades affectés de paralysie agitante (V. *Annales médico-psychologiques*, septembre 1884, p. 185). M. Ball vient de revenir sur cette question en produisant de nouveaux faits et en entrant dans de plus grands développements.

Jusqu'à présent les descriptions classiques de la paralysie agitante se bornaient à signaler, dans la période la plus avancée de la maladie, un certain degré d'affaiblissement intellectuel et de dépression mentale; mais ce n'é-

taient là que des symptômes généraux auxquels on n'attribuait aucune valeur spéciale, en rapport direct avec la nature de l'affection. Jamais la folie proprement dite n'avait été considérée comme en constituant une complication véritable.

» Pour ma part, dit M. Ball dans son nouveau mémoire, » je professe une opinion différente; chez un très grand » nombre de sujets atteints de cette maladie, j'ai constaté » des troubles psychiques qui s'étendent depuis une simple » irritabilité de caractère, jusqu'à de véritables accès d'aliénation mentale, et loin de croire qu'il s'agisse d'une » exception, je dirai volontiers qu'un léger degré de perturbation intellectuelle est presque la règle dans cette affection. » (*L'Encéphale* — mars 1882, p. 22.)

M. Ball a trouvé des faits propres à appuyer son opinion et publiés par Althaus (1870), Nicol, Lorani (1875), Lasègue, Kingrosse-Atkins. Il en publie, lui-même, sept nouveaux cas, dont la plupart lui sont personnels, et dont un lui a été communiqué par le Dr Ireland; il y trouve la démonstration de la corrélation pathologique qu'il a signalée et il ne doute pas que l'attention une fois éveillée sur ce point, des faits nombreux ne viennent en prouver la fréquence.

Voici les conclusions du mémoire de M. Ball : 1° La paralysie agitante s'accompagne plus souvent qu'on ne le pense de troubles intellectuels; 2° la forme de ces manifestations psychiques est toujours dépressive. Le plus souvent, il s'agit d'une lypémanie accompagnée d'impulsions au suicide et d'hallucinations multiples. Dans quelques cas, c'est un état de démence et de demi-stupeur qui prédomine; 3° les troubles psychiques sont presque toujours intermittents. Ils paraissent s'aggraver parallèlement aux troubles de la motilité et se calmer lorsqu'il survient, au point de vue du tremblement, une période de rémission.

Dans sa communication au Congrès de Londres, M. Ball avait signalé, en outre, si nous ne nous trompons, l'excitation maniaque au nombre des formes de trouble mental qui peuvent accompagner la paralysie agitante. Voici un nouveau champ d'études ouvert aux observateurs; mais c'est surtout dans les hôpitaux ordinaires que les cas de ce genre peuvent être étudiés; les malades affectés de paralysie agitante sont rarement admis dans les asiles d'aliénés.

L'étude si importante des localisations cérébrales a surtout porté sur la recherche et la détermination des centres moteurs. Il ne serait pas moins important de préciser le siège cérébral des sensations et, dans ces dernières années, plusieurs travaux originaux sur cette question ont été faits, notamment par Ferrier, Munk, Luciani, Tamburini. Mais ces travaux sont disséminés et, jusqu'à présent, il était difficile de trouver réunies les données du problème. Cette lacune vient d'être heureusement comblée par la thèse fort remarquable de M. le Dr Ballet, élève du professeur Charcot. Non content de faire connaître les travaux de ses devanciers, M. Ballet y a ajouté le résultat de ses recherches personnelles, tant au point de vue anatomique que physiologique. (*Thèses de Paris*, 1881.)

Il paraît établi que les fibres sensitives de la moelle ou fibres centripètes, après avoir traversé la protubérance, gagnent la couronne rayonnante par la partie la plus postérieure de la capsule interne; aussi la lésion de cette partie postérieure de la capsule — carrefour sensitif — amène-t-elle l'abolition, dans la moitié du corps opposée, de la sensibilité générale et spéciale.

Mais le problème est de savoir ce que deviennent ces fibres de la sensibilité, à partir de la capsule; se séparent-elles en faisceaux à usage spéciaux qui vont se rendre chacun à un endroit déterminé de l'écorce cérébrale, en-

droit qui constituerait le centre sensitif du faisceau afférent et du sens d'où il émane?

C'est ce que Ferrier pense avoir démontré par ses expériences; aussi admet-il cinq centres distincts et nettement localisés pour les cinq sens spéciaux. Munk admet aussi des centres spéciaux au moins pour la vue et pour l'ouïe.

M. Ballet, au contraire, s'appuyant sur la clinique et l'anatomo-pathologie, rejette cette théorie des localisations distinctes de chaque genre de sensibilité, et y substitue celle d'une zone sensitive commune à tous les genres de sensibilité; cette zone comprendrait toute la partie de la surface cérébrale située en arrière de la circonvolution pariétale ascendante, et empiéterait, de plus, un peu sur la zone motrice située au-devant d'elle; d'après cela, les lésions des deux circonvolutions ascendantes entraîneraient, à la fois, des altérations de la motilité et de la sensibilité, et les lésions situées plus en arrière affecteraient seulement la sensibilité. Mais les lésions sensitives produites par des altérations corticales de peu d'étendue ne seraient que transitoires parce que, faute de localisations déterminées, les régions voisines restées intactes suppléeraient promptement à celles qui auraient été altérées dans leur substance.

La solution de ces problèmes offre un grand intérêt pour l'étude des maladies mentales; le D^r Tamburini a déjà établi, sur les résultats expérimentaux auxquels il est arrivé, une théorie nouvelle de la pathogénie des hallucinations, et c'est sur l'existence de centres visuels et auditifs qu'est fondée la théorie de certains phénomènes se rattachant à l'aphasie que l'on a proposé, depuis peu, de désigner sous les noms de cécité et de surdité des mots. L'étude de ces questions s'impose donc à l'attention des médecins aliénistes.

Nous avons signalé, il y a quelques mois (*Annales* 1881,

t. II, p. 363), plusieurs travaux étrangers relatifs à l'action physiologique de l'hyosciamine et à son emploi de plus en plus fréquent dans le traitement de diverses formes d'aliénation mentale. Le Dr Hughes, de Saint-Louis, vient de publier un nouveau mémoire sur cet intéressant sujet de thérapeutique psychiatrique. Il dit avoir retiré de très bons effets de l'emploi de l'hyosciamine, mais il insiste beaucoup sur les précautions que l'on doit prendre dans le mode d'administration, afin d'obtenir l'action complète que peut fournir le médicament. Celui-ci doit être administré en une seule fois, par voie d'injection hypodermique, son emploi par la bouche étant lent et variable dans ses effets; il faut prendre une solution alcoolique contenant pour quatre grammes de liquide, six centigrammes d'alcaloïde amorphe non cristallisé et injecter de cinq à dix gouttes de cette solution.

Il faut toujours se rappeler que l'hyosciamine peut, soit exciter, soit déprimer les centres psychiques et psychomoteurs, suivant la dose que l'on emploie, et aussi suivant la diathèse ou l'idiosyncrasie du malade.

Quant aux indications, elles sont résumées dans les conclusions suivantes que nous reproduisons, en les condensant :

1° L'emploi de l'hyosciamine est particulièrement indiqué dans le délire, et surtout dans le délire maniaque.

2° On doit surtout la donner aux personnes qui sont jeunes ou dans l'âge moyen de la vie; son effet manque souvent chez les personnes âgées, probablement en raison de l'état athéromateux et du défaut d'élasticité des artères; l'existence de l'arc sénile, des indurations artérielles, est une contre-indication.

3° Les formes de délire dans lesquelles l'hyosciamine réussit le mieux sont le *delirium tremens* et le délire de la manie aiguë à son début, surtout lorsque le malade est tourmenté par des hallucinations visuelles d'objets petits

et rapprochés; il est possible que la cessation des hallucinations de la vue soit due à la dilatation constante de la pupille.

4° On ne doit pas administrer l'hyosciamine dans le délire consécutif aux apoplexies, aux ramollissements, aux embolies cérébrales. Dans les cas d'excitation mentale à la suite d'attaques épileptiformes, il réussit moins bien que le chloral.

5° L'hyosciamine ne produit ni constipation, ni nausée, ni douleur à l'estomac; jamais son administration n'est suivie de céphalalgie.

Enfin le Dr Hugues ajoute que le meilleur moment pour administrer le médicament est le commencement de la nuit, lorsque le malade vient de se coucher. (*The alienist and neurologist*, numéro d'avril 1882, p. 249.)

D'autre part, un aliéniste allemand, le Dr Schüle, s'élève contre l'abus que, d'après lui, les médecins anglais et américains feraient de l'hyosciamine dans le traitement des maladies mentales. D'après lui, ce médicament exposerait au danger de produire une dépression subite des facultés nerveuses et, même à dose modérée, il pourrait produire de l'aphonie et de l'ataxie aiguë.

Les médecins de l'Amérique ne se bornent pas tous à faire des expériences de thérapeutique pharmaceutique relatives au traitement de l'aliénation mentale; il en est parmi eux qui recourent, avec une facilité que certains timides ne peuvent s'empêcher de regarder comme un peu téméraire, au traitement chirurgical de cette maladie.

En 1843, le Dr Josiah Crosby pratiqua, paraît-il, la double castration sur un jeune homme de vingt-deux ans, intelligent et bien élevé, dans le but de porter remède à un état d'apathie mentale, de quasi-stupeur, d'anthropophobie qui approchait de la démence; le succès aurait couronné cette tentative. En la rappelant dans le *Michigan medical*

news, le Dr W. L. Folsom ajoute que, dans beaucoup de cas d'aliénés masturbateurs, il n'y a pas d'autre moyen d'obtenir la guérison.

Mais pourquoi les femmes seraient-elles moins favorisées que les hommes, et privées d'un aussi efficace moyen de traitement? Heureusement, il n'en est rien, et les anciens partisans de la clitoridectomie sont aujourd'hui bien dépassés.

D'une part, le Dr Wilkerson rapporte dans le *North Carolina medical Journal* (juin 1884), l'observation d'une jeune femme de dix-neuf ans, qui depuis deux ans présentait des symptômes d'aliénation mentale, avec prédominance d'impulsions érotiques; pour la guérir de cette maladie, le Dr Wilkerson ne trouva rien de mieux à faire que de lui extirper les deux ovaires. Au bout de trois semaines la patiente était guérie de l'opération, et on constatait une certaine amélioration de l'état mental; au bout de trois mois, ajoute-t-il, la raison était complètement rétablie.

D'autre part, on sait que les vétérinaires enlèvent parfois, par le vagin, les ovaires de certaines vaches, trop occupées de leurs ardeurs amoureuses, et grâce à cette soustraction, ils obtiennent que ces animaux se livrent exclusivement, et sans distraction intempestive, à la sécrétion du lait; c'est cette opération que le Dr Goodell, de Philadelphie, paraît disposé à appliquer, d'une manière courante, aux femmes affectées de troubles nerveux revenant aux époques menstruelles.

Il a communiqué à la Société de médecine de Pensylvanie, en mai 1884, la relation de trois opérations de oophorectomie qu'il avait pratiquées de 1878 à 1880 chez trois malades de ce genre, âgées de trente-huit, de trente et de vingt ans.

Dans les trois cas, les opérées furent rapidement guéries de l'intervention chirurgicale; mais, dans un cas seulement;

les troubles intellectuels paraissent avoir cessé, au bout de plus d'une année; du reste.

Dans deux de ces cas, M. Goodell a extirpé les deux ovaires par une incision vaginale; dans l'autre, l'opération ne put pas être terminée par cette voie, et il dut recourir, séance tenante, à l'incision abdominale; c'est ce dernier procédé qu'il compte employer à l'avenir, car les insuccès sont loin de le décourager.

Mais il ne suffit pas d'avoir fait connaître la pratique de ce hardi chirurgien; il est, peut-être, plus important encore de reproduire les motifs sur lesquels il se base pour expliquer sa conduite; voici la traduction textuelle du passage le plus important de sa communication (*American journal of insanity*, janvier-avril 1882, p. 295) :

« Puisque le corps médical se montre, d'une manière
» générale, favorable à l'extirpation des ovaires dans
» beaucoup de cas d'altérations physiques, dépendant de
» la menstruation, il me semble que le même mode de
» traitement doit être tenté *a fortiori* dans les cas de dé-
» rangement intellectuel qui sont ou qui paraissent être
» sous la même influence. Les objections que l'on peut
» faire à cette opération sont, en réalité, bien moins vala-
» bles lorsqu'il s'agit d'une maladie mentale que dans
» les cas d'altération physique. D'abord, une femme qui
» est folle ne fait pas plus partie du corps social que ne
» le fait un criminel. Ensuite, sa mort est toujours un sou-
» lagement pour ses amis les plus chers. En troisième lieu,
» même si elle doit guérir de sa folie, elle reste toujours
» exposée à transmettre le germe de cette maladie à ses en-
» fants et petits-enfants, pendant de nombreuses généra-
» tions. Lorsqu'une femme est dans ce cas, lui enlever les
» ovaires, c'est s'efforcer de la rendre à sa famille et à la
» société, mais c'est en même temps s'opposer à ce qu'elle
» donne le jour à une génération d'aliénés. En réalité, je
» ne suis nullement certain que, par suite des progrès que

» nous réserve l'avenir, les hommes d'État ne reconnaissent, avec le temps, qu'une bonne politique sociale doit se proposer de faire disparaître la folie en prescrivant la castration de tous les hommes fous, et l'extirpation des ovaires de toutes les femmes folles. »

Combien les théoriciens les plus avancés de la vieille Europe paraissent timides et retardataires quand on les compare aux Apôtres américains qui, le bistouri à la main, sont tout prêts à délivrer notre pauvre espèce humaine de la folie, de l'épilepsie, et sans doute de bien d'autres tares sociales ! Et cependant il se pourrait, tant on est rebelle aux progrès, que les aliénistes européens missent quelques lenteurs à s'engager dans la voie opératoire qui leur est ouverte par leurs confrères d'outre-mer.

A. F.

Pathologie

LA FAMILLE LOCHIN

Par M. le Dr REVERCHON

Directeur médecin

de l'asile des aliénés de la Roche-Gandon (Mayenne),

et M. le Dr PAGÈS, Médecin adjoint.

Nous avons eu, récemment, l'occasion d'observer à l'asile de Mayenne six malades appartenant à la même famille, et qui ont été séquestrés le même jour, pour cause d'aliénation mentale.

Ces six malades ont été tous guéris au bout de quelques jours; nous pensons qu'au lieu d'être atteints d'une forme idiopathique d'aliénation mentale, leur délire n'était que symptomatique et probablement dû à l'ingestion d'une solanée vireuse.

A ces différents titres, il nous a paru intéressant de publier l'histoire pathologique de cette famille.

Le 9 janvier 1882, par arrêté de M. le préfet de la Mayenne, deux gardiens et deux gardiennes de l'asile de la Roche-Gandon partaient pour Andouillé, près Laval, afin d'aller prendre six aliénés de la même famille. C'étaient le père, la mère et quatre enfants, dont deux garçons, Léon et Pierre, âgés l'un de trente et un ans et l'autre de vingt-huit, et deux filles, Jeanne et Marie, vingt-neuf et vingt-cinq ans.

Ils arrivent à l'asile vers cinq heures du soir, ils sont camisolés.

Le père est porté de la voiture au bureau de réception par deux gardiens. Il a refusé de faire un pas. La mère est entre deux gardiennes, elle a l'air brisé. Les quatre enfants marchent seuls.

Ils paraissent tous en proie au même délire; ils ont les yeux hagards, largement ouverts, la face vultueuse; ils osent à peine répondre aux questions qui leur sont adressées. Ils sont effarés. Si l'un d'eux hasarde une réponse, il regarde les autres et répond au nom de tous.

Leurs vêtements sont de bon goût, annonçant une certaine aisance, mais peu propres, par suite des actes déordonnés auxquels ces individus se sont livrés au dehors.

Notre premier soin est de les séparer, de les isoler les uns des autres, en les envoyant dans six quartiers différents.

Avant de nous occuper du séjour de ces malades à l'asile, il importe de faire connaître leurs antécédents.

Les époux Lochin, aidés de leurs enfants, exploitaient comme fermiers une belle propriété près d'Andonillé; ils passaient dans leur pays pour de bons cultivateurs, et le père, quoique d'une intelligence très ordinaire, avait de la rectitude dans le jugement; il était même souvent consulté par les voisins; sa ferme passait à juste titre pour une ferme modèle.

Les six (1) Lochin sont des personnes bien faites, fortement musclées, d'une figure agréable, d'un beau type. Le père et la mère ont une taille moyenne, gros et frais, portant bien leurs soixante-cinq et cinquante-six ans. Les deux fils sont grands, taille de un mètre soixante-quinze à un mètre quatre-vingts, d'une forte musculature, de traits

(1) Un autre fil, le plus jeune, étant parti pour le service depuis quelques semaines, inutile de dire qu'il n'a éprouvé aucun symptôme d'aliénation.

réguliers. Les deux filles également de belle taille, d'une figure agréable, l'une blonde, l'autre brune.

Tous les membres vivaient dans la meilleure entente, étaient très sobres, se produisaient peu au dehors. Mais cela ne les empêchait pas de frayer avec leurs parents et amis, ils acceptaient même parfois une partie de plaisir. Ils étaient aimés et estimés de tous leurs voisins.

Pas d'hérédité dans la famille; on nous dit, cependant, d'une manière très vague, qu'une parente éloignée a été un peu faible d'esprit.

Il y a quinze ans, Lochin père fut en proie à un délire qui dura quelques jours; mais d'après les renseignements que nous avons pu recueillir, cette affection doit être attribuée à une pneumonie. Lochin a eu, en effet, plusieurs fluxions de poitrine et des pleurésies.

Marie jouit habituellement d'une excellente santé et a un tempérament ardent. Elle avoue de l'inégalité dans le caractère, dit qu'elle a toujours été capricieuse; que, sans motifs, elle éprouve souvent tantôt de la répugnance, tantôt de la sympathie pour certaines personnes ou pour certaines choses.

Jeanne présente depuis plusieurs années des symptômes d'hystérie, ses menstrues paraissent régulièrement depuis l'âge de seize ans.

Au mois d'août 1880, elle fut obligée de s'aliter pendant quinze jours. Elle se sentait très faible et ne pouvait plus marcher; elle éprouvait une sensation spéciale à l'épigastre; cette sensation épigastrique semblait se déplacer et remonter vers la gorge. A cette époque, elle n'avait ni hallucinations ni illusions d'aucune sorte.

A la Toussaint, Jeanne redevint comme au mois d'août. Elle ne pouvait plus marcher et présentait ceci de particulier qu'elle avait froid au dos et sentait le frisson de la fièvre. Ces sensations névropathiques existaient encore à Noël.

Les autres membres de la famille n'avaient rien éprouvé, si ce n'est une certaine faiblesse qui persistait depuis plusieurs semaines. L'appétit avait sensiblement diminué. Plusieurs médecins des environs avaient tour à tour été consultés et tous leur avaient prescrit des toniques, mais aucun résultat n'avait été obtenu, disent-ils.

Dans le courant de décembre, il y eut à Andouillé une mission à laquelle ils assistèrent tous, mais il ne paraît pas que les exercices religieux ni les prédications aient trop vivement impressionné cette famille. Les Lochin pratiquaient leur religion comme tout le monde, d'après les voisins; ils n'étaient nullement fanatiques, seulement à Pâques, ils faisaient leurs devoirs religieux.

Ne pouvant obtenir de soulagement de la part des médecins, ils se crurent tous ensorcelés et victimes d'un sort qui leur avait été jeté; ils pensèrent qu'un sorcier seul pouvait le lever.

Ils s'adressèrent donc à un individu qui dans le pays avait cette réputation. Il passa deux jours dans la famille, le 26 et le 27 décembre. Il est bien difficile de savoir exactement ce qu'a fait ce prétendu guérisseur. Les fils aiment peu à parler de lui, ont l'air d'en rire et de ne pas y croire, mais en réalité ils restent convaincus qu'ils lui doivent leur guérison. Il ne leur fit prendre, disent-ils, qu'un peu d'eau-de-vie de cidre. L'un d'eux prétend que le sorcier aurait ajouté de l'absinthe à cette boisson, mais qu'ils n'en auraient pris que trois verres environ.

Le père et la mère sont plus explicites et moins réservés dans leur version. Ils paraissent aussi plus véridiques. Le premier affirme que cet homme leur fit prendre à tous, à deux reprises différentes, et à un jour d'intervalle, un certain breuvage qui leur est resté inconnu. La mère qui, même une fois guérie, n'a rien changé à sa manière de voir, nous raconte que le sorcier leur avait prédit tout ce qui est arrivé, et que c'est lui qui les a guéris. Il leur

avait annoncé qu'ils quitteraient leur maison, qu'ils vagabonderaient, qu'ils iraient courant à droite et à gauche, que ceux qui courraient le plus seraient les premiers guéris; et voilà pourquoi les enfants, plus ingambes, ont été, dit-elle, les premiers rétablis.

Il leur avait prédit la fin du monde, la mort subite prochaine d'un habitant d'Andouillé. (En effet, il y eut dans la commune une attaque d'apoplexie avec décès, sur ces entrefaites.)

Les Lochin, quoiqu'ils ne veuillent pas l'avouer, ont, paraît-il, payé soixante francs de visites à cet homme.

L'étranger est à peine parti de cette maison, que l'inquiétude augmente rapidement dans la famille. Jeanne est au lit, elle paraît très malade à ses parents; ils vont chercher un prêtre (qu'ils appellent souvent d'ailleurs), le prient de purifier leur maison. Jeanne est la première à entendre au dehors quelque chose d'insolite, qu'elle ne peut définir; puis, c'est du bruit autour de son lit, ce sont des trotlinements de souris, des coups frappés à la porte, se renforçant et grandissant toujours, elle voit des lueurs, des flammes blanchâtres, etc.

Les autres membres de la famille ne tardent pas à entrer en communication d'idées avec elle et participent à ses hallucinations.

Un jour, ils se rendent à l'église dans un état d'exaltation extrême. Là, Jean et Marie se jettent dans les bras l'un de l'autre, se pressent fortement. On ne parvient que très difficilement à les séparer; dans le feu de l'excitation, Marie fait deux morsures à la langue de son frère.

Chez eux pas de sommeil, ils se croient tous empoisonnés par le sorcier. Le père, dans son exaltation, crie aux personnes présentes : « Enlevez-moi cette bouteille; » fiole contenant la potion que leur avait donnée l'étranger. Ils refusent de manger, éprouvent une soif ardente, une grande constriction à la gorge, ils sentent une forte odeur

de soufre, presque tous ont des sueurs abondantes et fétides, ayant surtout pour siège les mains et les pieds, ils se croient tous possédés du démon. Ils le voient sous des formes multiples et variées; ils pensent qu'il va les enlever. Pour se purifier, ils quittent leurs vêtements qu'ils croient contaminés ou ensorcelés; ils se prosternent à terre pour invoquer la sainte Vierge et les saints; ils s'affublent d'images et de statuettes pour qu'elles les protègent. Les uns voient des fantômes, des chats noirs et blancs, des serpents; ils les montrent aux autres effarés. Aussitôt, sur un signe de l'un d'eux, ils partent épouvantés et vont courir dans la campagne, tantôt ensemble, tantôt isolément, les uns à moitié habillés, les autres pieds nus. Ils marchent dans la boue, sur les pierres, dans la glace, se lavent dans les ruisseaux, et pour étancher leur soif qui est ardente, se gargarisent ou boivent de l'eau fraîche.

Marie est la plus agitée et comme le chef de file. C'est une véritable bacchante. Sous l'empire de l'idée qu'elle est possédée du démon, elle le voit partout et croit le sentir dans ses vêtements; aussi se met-elle toute nue, et se livre-t-elle au désordre des actes le plus extraordinaires. Toute échevelée, elle fait des gestes extravagants, excite ses parents et les entraîne dans ses courses affolées.

Bientôt les Lochin deviennent agressifs; ils brisent les devantures des magasins d'Andouillé, parce qu'ils prétendent qu'en parlant les habitants soufflent jusque dans leur gorge des saletés et de mauvaises odeurs. Ils profèrent des mots grossiers, des juréments, des menaces contre ceux qui veulent les approcher. Ils excitent à la fois la crainte et la pitié. Le jour où on vint les chercher pour les conduire à l'asile, la population était accourue en foule pour assister à ce spectacle. Tout le monde était surpris de ne voir arriver que deux gardiens et deux gardiennes pour contenir toute cette famille, qu'un grand nombre de personnes aidées des gendarmes étaient parvenues avec

de grandes difficultés à enfermer dans des écuries, après les avoir chargés de liens. Mais les malades n'opposèrent pas la moindre résistance et se laissèrent mettre facilement la camisole de force.

Pendant tout le voyage, ils se montrent fort calmes.

Les Lochin pendant leur séjour à l'asile.

FAUCHEUX, FEMME LOCHIN.

Le 9 janvier, jour de son admission à l'asile, la femme Lochin est très fatiguée, on la couche à l'infirmerie.

Elle présente à la région postérieure du tronc des ecchymoses, de petites plaies aux mains, des écorchures et des taches noirâtres aux membres inférieurs, plaie superficielle mais large aux deux talons. L'ongle du gros orteil du pied gauche est enlevé.

La sensibilité cutanée est exagérée sur tous les points, et cette exagération semble liée à l'état mental, à l'éréthisme du cerveau, à une sorte d'appréhension.

La malade est anxieuse, ses pupilles sont dilatées, elle a des hallucinations de l'odorat et du goût; elle sent une odeur de soufre qui la gêne à la gorge, elle croit être ensorcelée et a peur d'être damnée. Il y a longtemps, dit-elle, qu'elle ne peut prendre aucun repos et elle ne dormira pas de la nuit.

Il lui est prescrit 3 gr. d'hydrate de chloral.

Le 10, elle a l'air plus calme, mais elle souffre encore; elle se félicite d'avoir couché dans un bon lit et d'avoir bien dormi. A cinq heures du matin, elle s'est levée brusquement, a été se mettre à genoux devant une statuette de la sainte Vierge, et s'en est emparée ensuite, menaçant la gardienne qui veut la lui enlever. Elle nous dit que tout cela a été indépendant de sa volonté et qu'elle le regrette. Enfin elle se met au lit en disant qu'elle étouffe. Elle est

très altérée et n'est pas allée à la selle depuis huit jours.

Le soir, à dix heures, elle saute brusquement du lit pour aller se jeter de nouveau à genoux devant une statue de la sainte Vierge, en s'écriant : « Bonne Vierge, ne m'abandonnez pas ! » Elle demande des nouvelles de sa famille en pleurant. On la rassure, elle se console, mais bientôt après elle a peur de ne pas aller en paradis. 3 gr. de chloral.

Le 11, la malade prend 12 gr. de thé de Saint-Germain, selles abondantes, soif vive. Chloral, 3 grammes.

Le 12, toujours mêmes craintes de damnation. Elle a cependant bien dormi, mange bien ; est encore enrôlée et éprouve une gêne à la gorge.

Le 13, semble moins bien qu'hier ; elle est plus exaltée, nous dit qu'elle a peur que les remèdes qu'on lui donne ne lui fassent rien. Se réveille encore en sursaut. Les mauvaises odeurs qu'elle sentait ont totalement disparu. Pupilles dilatées.

Le 14, la malade a bien dormi. Le voile du palais est un peu rouge. Les idées de damnation n'existent plus. Pupilles dilatées. 3 grammes d'hydrate de chloral.

Le 15, expression et sentiment très naturels. La convalescente demande des nouvelles de ses enfants. Elle verse des larmes de joie quand on lui apprend qu'ils vont bien, qu'ils sont guéris. Elle reçoit leur visite dans la journée. L'entrevue se passe très bien.

Les 16, 17, 18, 19, 20, la malade n'a rien présenté qui méritât d'être noté. Elle continue à bien aller. Ses plaies se cicatrisent lentement.

Le 21, elle est entièrement lucide, mais elle reste convaincue que le sorcier les a guéris. C'est lui, dit-elle, qui a tout fait.

Il leur avait prédit tout ce qui s'est passé.

« Je sais, dit-elle, que les médecins ont beaucoup d'esprit, qu'ils peuvent rendre les gens malades, mais ils sont quelquefois impuissants à les guérir. Il y a des

» gens plus malins qu'eux qui peuvent lever les sorts. »

Le 6 février, elle sort complètement guérie.

Son visage est amaigri, plutôt pâle que coloré. Pupilles naturelles, voûte palatine et voûte du palais de couleur normale. Elle nous remercie des bons soins qu'elle a reçus dans notre maison, verse quelques larmes produites par la peine de nous quitter et par la joie de rentrer dans sa famille.

LOCHIN PÈRE.

Le 9, il est très agité, croit de bonne foi qu'il est ensorcelé. S'adressant au médecin directeur de l'asile, il lui dit qu'il le reconnaît pour une personne d'Andouillé. « On m'a fait bien des misères, dit-il, je crois que c'est vous, allez-vous encore me faire souffrir ? » Il prononce des paroles incohérentes, rit en regardant les personnes qui l'entourent, ne répond que très incorrectement aux questions qui lui sont faites. Il a toutes les allures d'un dément. Pupilles dilatées.

Il se sent étranglé à la gorge où on lui a mis, dit-il, toute sorte de choses.

Hydrate de chloral, 4 grammes.

Le 10, figure rouge, congestionnée, inquiète, pupilles dilatées, affaiblissement de la vue et de l'ouïe; il se lève sur son lit et crache partout, afin de se débarrasser des mauvaises choses qu'il a dans la gorge et dans la bouche. Il se rend compte de ses sensations d'une manière très imparfaite. Le vague et l'obtusion de ses idées sont les principaux caractères de son délire. Il a peur de se compromettre, dit avoir bien dormi, mais l'infirmier nous apprend qu'il a été très agité et qu'il a parlé presque toute la nuit. Le soir il chante jusqu'à minuit.

Le 11, il souffre des pieds et attribue son mal à des choses malpropres et à des serpents qu'il sent glisser sur son corps; constriction à la gorge; il crache une grande

partie de la nuit. Monologues continuels, se plaint d'avoir des bêtes autour de lui. Sensation bizarre : quand il prononce une parole elle se répercute, dit-il, quatre ou cinq fois dans sa tête. Il affirme qu'il a conservé le souvenir assez exact du passé, mais qu'il lui est difficile d'enregistrer dans sa mémoire les faits présents. Il ne ressent plus d'odeur de soufre, mais la constriction à la gorge persiste. Chloral, 3 grammes.

Le 12, amélioration très sensible, plus d'hallucinations d'aucune sorte. Il sent encore sa gorge serrée. Il est enrhumé, sa voix est rauque.

Le 13, le malade va beaucoup mieux. Il a la langue saburrale. Il sent encore quelques frissons. Ses souvenirs sont exacts, il répond bien aux questions qu'on lui adresse.

Le 14, il se sent très bien, a passé une bonne nuit, pupilles normales, voûte du palais rouge par plaques. Piliers antérieurs du voile du palais uniformément rouges. Il parle de ce qu'il a éprouvé, non comme idées délirantes, mais comme de sensations véritables. 60 gr. de sulfate de magnésie.

Le 21, état mental absolument bon, pupilles légèrement rétrécies ; pommettes colorées avec vaisseaux variqueux ; visage un peu pâle, fatigué ; pas d'amaigrissement, bon appétit, bon sommeil. Les symptômes de bronchite ont complètement disparu. La vue et l'ouïe sont revenus à l'état naturel.

6 février. Il sort le 6 dans un état excellent.

JEANNE.

Le 9, commencement d'érythème aux jambes avec exco-riations légères produites par des liens. A la langue deux morsures que lui a faites sa sœur cadette. Voix rauque, yeux grands, égarés, pupilles dilatées. Elle sent quelque chose qui part de l'estomac et remonte vers la gorge. Éprouve une sensation de forte pression au larynx.

Le 10, la constriction à la gorge persiste, la malade sent encore une odeur de soufre, mais elle ne s'en inquiète pas. Du reste, elle a bien dormi. Elle se montre intelligente, confiante, gaie, tranquille; s'applaudit des bons soins qu'elle a trouvés à l'asile, a de l'appétit et mange bien. Elle ne trouve pas étrange qu'on l'ait séparée d'avec ses parents. Elle nous remercie des prévenances qu'on a pour elle. Sa voix est rauque.

Le 11, la malade est encore gênée à la gorge, elle sent de temps en temps des odeurs de soufre, puis quelque chose la brûle à l'épigastre et remonte vers la gorge. Calme, tranquille. Elle a bien dormi, bien mangé. Elle sait où elle se trouve car elle a vu ce matin sur son lit : Roche-Gandon, mais cela ne l'a nullement inquiétée. Elle nous parle avec une figure gaie, douce et résignée. — Soif assez vive.

Le 12, tousse un peu mais ne crache pas. — A bien dormi la nuit dernière.

Le 13, état général très satisfaisant. La malade travaille à la couture, est calme et se trouve bien. Jeanne a le courage de ses hallucinations et elle en rit.

Le 14, elle est complètement guérie et sort le 24 janvier avec ses frères.

MARIE.

Le 9, exaltation très grande, yeux brillants, hagards, pupilles dilatées, elle prend l'un de nous pour le diable ; elle regarde autour d'elle d'un air effaré et reste comme étrangère aux questions qu'on lui pose.

Petites écorchures aux jambes ; érythème léger, le tout d'origine traumatique et causé par des liens un peu serrés dont on avait entouré ses membres inférieurs. Chloral, 3 gr.

Le 10, la sensibilité générale est conservée, son regard est animé, mobile, sa figure exprime tour à tour la bonté et la sévérité. Elle sent une odeur de soufre. Elle n'a pas dormi de la nuit, a eu des songes plutôt que des hallucinations, s'est jetée sur la sœur pour la frapper.

Le 11, la nuit a été bonne, mais elle se sent encore serrée à la gorge avec sécheresse et soif modérée.

Son attitude est calme, sa figure gaie et riante, le regard est d'une douceur qui contraste avec la vivacité de la veille.

Le 12, constipation depuis cinq ou six jours ; elle est également altérée, mais moins qu'hier.

Léger abattement, dort et mange bien.

N'éprouve plus ce qu'elle a senti, si ce n'est un chatouillement à la gorge. Elle ne se croit plus ensorcelée. Il lui est prescrit une purgation d'huile de ricin.

Le 13, rien de particulier à signaler, la purgation a provoqué des selles.

Le 14, pupilles un peu dilatées, langue saburrale, la malade est à ses époques.

Le 15, elle est très bien, mais se plaint de ne pas aller à la selle.

Le 16, 12 grammes de thé de Saint-Germain suffisent pour la purger légèrement.

Les 17, 18, rien qui mérite d'être signalé.

Le 19, figure pâle, pupilles légèrement dilatées.

Le 21, elle va très bien ; croit, comme les autres membres de la famille, qu'elle a été ensorcelée.

Le 28, la malade présente un abcès à l'aisselle gauche, du volume d'un œuf de pigeon et siégeant en avant, sous le bord inférieur du grand pectoral. — Ouverture de l'abcès et guérison.

Un abcès semblable se forme immédiatement après au même endroit du côté opposé ; même traitement et guérison. — Marie est un peu pâle et fatiguée.

L'appétit fait défaut. Pommettes rouges ; constipation depuis deux jours. Langue sale, chargée ; — éméto-cathartique, vin de Saint-Raphaël et de quinquina, régime tonique.

Le 6 février, jour de sa sortie, la santé générale est très satisfaisante. Pas de symptômes d'hystérie.

PIERRE.

Le 9, tremblement de la tête; mutisme presque complet, marmotte entre ses dents quelques paroles incompréhensibles comme une personne à moitié endormie. Il paraît très fatigué, pupilles dilatées.

Il porte à la langue une légère morsure que lui a faite sa jeune sœur en l'embrassant et à la joue une plaie qui lui vient de son frère aîné.

Le 10, il est peu communicatif, parle à peine et bas. Il est dans un état somnolent, presque torpide. On dirait qu'il est étranger à ce qui se passe autour de lui ou qu'il craint quelque chose; il avoue qu'il sent encore de mauvaises odeurs.

Le 11, le malade a bien dormi, mais il éprouve une sensation de légère pression à la gorge; il n'est plus altéré, il ne lui reste que très peu de chose du passé; il est à peu près dans son état normal.

Le 15, état très satisfaisant, Pierre se trouve très bien et il sort le 24 janvier avec son frère et sa sœur aînée.

LÉON.

Le 9, le malade parle avec volubilité, raconte ce qui s'est passé chez eux; se croit ensorcelé.

Le 10, sa physionomie, sa mimique et son langage rappellent ce qu'on a observé chez sa jeune sœur, mais il reste dans les limites d'une parfaite convenance.

Il porte à la joue droite une plaie que lui a faite sa sœur Marie. Il a la gorge serrée. L'odeur de soufre qui l'a empoisonné pendant quelques jours est presque complètement dissipée. Il se trouve presque guéri. La nuit a été très bonne. Pupilles très dilatées.

Il est enrôlé, sa voix est rauque.

Le 11, Léon a bien dormi; il se sent moins serré à la gorge, a l'air calme, tranquille, écoute et répond pertinemment. Il n'a plus soif, ne sent plus aucune odeur. Il demande des

nouvelles de son père qui était, dit-il, le plus frappé. Sa mémoire est fidèle.

Le 12, il est complètement rétabli. Figure calme, air tranquille. N'éprouve plus rien d'anormal.

Le 14, Léon nous dit être très bien, exprime son chagrin de se trouver à la Roche-Gandon. Pupilles dilatées.

Sa sortie a lieu le 24 janvier.

La séquestration d'une famille entière, présentant subitement des symptômes d'aliénation mentale, est un fait trop insolite pour qu'on puisse le laisser passer inaperçu ; il impose même au médecin le devoir de rechercher les causes qui ont pu le déterminer. Nous n'avons pas ici l'intention de passer en revue les différentes formes de folie qui présentent quelques points de ressemblance avec le cas que nous venons de rapporter ; cela nous entraînerait trop loin. Qu'il nous suffise donc de dire en peu de mots quelles sont, à notre avis, les causes d'un fait aussi étrange.

Dès leur entrée à l'asile, nous avons été frappés de la nature et de la ressemblance du délire chez les différents membres de la famille Lochin. Les aliénés de Morzine, les cas de folie à deux, se sont présentés à notre esprit ; mais nous n'avons pas pu nous arrêter à cette idée. Il n'y avait pas d'aliénés dans la famille ; tous le sont devenus simultanément et le délire a cessé chez tous au bout d'un temps très court.

Les accusera-t-on d'être fanatiques, dévots ? Mais il est prouvé qu'ils pratiquaient leur religion comme la plupart de leurs voisins, sans la moindre exagération.

L'étrangeté des symptômes a dirigé nos soupçons dans une autre voie, et nous avons pensé que soit la malveillance, soit le hasard, soit enfin d'autres causes inconnues pouvaient avoir déterminé un empoisonnement, commun à tous les membres de la famille. Il était naturel de rechercher d'abord si leurs aliments les plus usuels ne contenaient

pas de substances nuisibles. Sans nous être entourés des garanties de l'analyse chimique, nous avons pu néanmoins nous convaincre que ce n'était pas là que se trouvait la substance toxique.

L'alcool, qui dans le département de la Mayenne fait tant de ravages et qui fournit à notre asile un énorme contingent d'aliénés, ne paraît pas être responsable des troubles mentaux survenus chez les Lochin. Ils étaient tous très sobres, à l'exception du père qui, sans s'adonner habituellement à la boisson, dépassait quelquefois les limites de la tempérance.

De l'aveu de la famille, le sorcier leur avait donné un peu d'absinthe dans de l'eau-de-vie de cidre. Nous savons que des propriétés vireuses et un peu narcotiques ont été attribuées à cette plante, mais nous ne croyons pas que l'absinthe ait jamais déterminé de semblables accidents ; d'ailleurs son amertume eût empêché d'en prendre une dose toxique.

Les différents symptômes qu'ont présentés nos malades, paraissent plus en rapport avec les effets que les solanées vireuses produisent sur l'économie. Ainsi la dilatation des pupilles, la rougeur et la congestion de la face, la rougeur et la sécheresse de la gorge, la soif ardente que tous ont éprouvée ; les nausées, les vomissements, les sueurs fétides observés chez plusieurs ; l'amblyopie et l'affaiblissement de la vue chez le père ; l'exaltation cérébrale, l'insomnie, les hallucinations de l'ouïe et de la vue chez presque tous ; leurs frayeurs, leurs courses insensées, s'ils ne permettent pas positivement d'affirmer qu'il y a eu empoisonnement par les solanées, justifient du moins pleinement nos présomptions à cet égard.

On objectera peut-être que, dans le cas d'empoisonnement par les solanées, le délire est de courte durée et que la diarrhée est constante ; nous répondrons que, comme nous l'avons dit plus haut, le sorcier fit prendre le mystérieux

breuvage à deux reprises, à un jour d'intervalle, et que, par conséquent, les effets ont dû persister plus longtemps que si la dose avait été unique; d'ailleurs, on cite des cas où le délire a duré un certain nombre de jours. Quant à la constipation qui a existé chez tous nos malades, nous ferons observer qu'on la trouve assez fréquemment dans les cas d'empoisonnement par le *datura stramonium*; c'est d'ailleurs à cette dernière supposition que s'est arrêtée notre opinion. La stramoine n'a-t-elle pas été appelée l'herbe aux sorciers?

A l'appui de cette opinion, nous citerons en finissant un passage remarquable du Dr Ernest Labbé (1) relatif à l'empoisonnement par le *datura stramonium*.

« Parmi les symptômes les plus précoces et constants du
» daturisme toxique causé par les hautes doses de poison,
» dit cet auteur, je citerai la soif, la sécheresse de la bouche
» et de la gorge, la dysphagie, les nausées, l'état rouge et
» luisant de la muqueuse buccale. Peu après, surviennent
» les hallucinations, le délire, les accès maniaques. Ici les
» manifestations sont multiples.

» Les hallucinations sont à peu près constantes et citées
» dans tous les cas d'empoisonnements graves. Presque
» toujours elles portent sur la vue et l'ouïe. Les malades
» aperçoivent des flammes rouges, des lueurs d'incendies,
» des êtres fantastiques, des sujets effrayants; ils se voient
» environnés d'objets de toute sorte, d'êtres bizarres et de
» toute espèce prêts à les attaquer, à fondre sur eux et
» qu'ils s'efforcent de repousser. Ou bien ce sont des hallucinations de l'ouïe, des bruits de voix, des sons de toute
» nature frappant leurs oreilles et ajoutant à leurs terreurs.
» On comprend facilement leurs gesticulations, les efforts
» désordonnés auxquels ils se livrent pour échapper à des
» dangers imaginaires ou pour éloigner d'eux mille causes
» de dégoût ou d'horreur.

(1) *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales.*

» Quelques-uns sont pris alors de délire furieux, pronon-
 » çant des paroles sans suite, tout à fait incohérentes....
 » ont la face farouche et vultueuse, le regard égaré ou
 » fixe. »

Ne dirait-on pas que les lignes qui précèdent ont été inspirées par les symptômes que nous avons observés chez les Lochin ?

Vu l'amélioration rapide qui s'est produite chez nos malades, nous n'avons pas cru nécessaire de recourir à un traitement actif et nous nous sommes bornés à les isoler les uns des autres. Comme on l'a vu plus haut, ils sont sortis complètement guéris. Il y a peu de jours encore, nous recevions d'eux une lettre pleine de cœur, dans laquelle ils nous disaient qu'ils continuaient à jouir d'une excellente santé et nous remerciant des bons soins qu'ils avaient trouvés dans notre établissement, bien différents en cela des aliénés ordinaires, chez lesquels rien n'est plus rare que la reconnaissance.

ÉPILOGUE.

On lit dans un journal du département de la Mayenne, du 30 avril 1882, le compte rendu d'un procès correctionnel intenté au sieur Moreau « le fameux sorcier d'Andouillé, » qui, sous prétexte de guérir la famille Lochin, l'avait rendu complètement folie. »

L'audience n'a rien révélé de bien intéressant; on a bien dit que Moreau avait fait boire à ses clients une infusion d'absinthe dans de l'eau-de-vie de cidre, mais il ne semble pas que l'instruction ait recherché si d'autres substances avaient été administrées.

Voici, à titre d'échantillons, quelques réponses de Moreau :

D. En vertu de quel pouvoir guérissez-vous les malades et enlevez-vous les sorts ?

R. Mon action vient de la puissance de Dieu et de la bonne sainte Vierge; elle fait obtenir toutes les grâces. Elle a une étoile pour les moissons et elle accorde le pouvoir de combattre le démon; c'est dans la Bible.

D. Ainsi vous combattiez le démon?

R. (*Avec vivacité*). Oui !

D. Mais vous n'étiez pas médecin?

R. Non, mais j'ai un livre d'*herbiers*.

La femme Lochin a paru avoir encore pleine confiance en Moreau qui, d'après elle, l'aurait réellement guérie ainsi que les membres de sa famille.

Le tribunal, faisant droit aux réquisitions du ministère public, condamne Moreau à trois mois de prison.

DE
L'ASPHYXIE LOCALE DES EXTRÉMITÉS
DANS LA PÉRIODE DE DÉPRESSION
DE LA
FOLIE A DOUBLE FORME

Par M. le Dr. ANT. RITTI
Médecin de la Maison nationale de Charenton.

Les troubles de la circulation périphérique sont fréquents chez les mélancoliques et ont été depuis longtemps constatés par les observateurs. Ainsi, Esquirol déjà parle des mains de ces malades qui sont « gonflées, violacées »; des extrémités de leurs membres qui sont « froides et baignées de sueur » (1). Depuis lui, tous les auteurs qui ont traité des différentes formes de la lypémanie n'ont pas manqué de consacrer quelques lignes à l'abaissement de la température et à la teinte cyanique des mains et des pieds, symptômes qui sont surtout de règle chez les malades atteints de stupeur.

Dans la période mélancolique de la folie à double forme, ces troubles de la circulation périphérique s'observent à des degrés divers. Chez certains malades, on ne trouve que le refroidissement des extrémités; chez d'autres, les mains et les pieds sont, en outre, enflés et bleuâtres; à un degré plus élevé encore, on rencontre la cyanose de la

(1) *Des maladies mentales*, édit. belge, t. I., p. 201 et 203.

face, etc. Tous ces phénomènes sont la conséquence du ralentissement du pouls qui, dans ces cas, tombe au-dessous de la normale; il descend, en effet, à 65, 60, 50, 45 et parfois à 30 et même à 25 pulsations par minute. On conçoit aisément que, l'impulsion cardiaque étant ainsi diminuée, la circulation générale soit troublée, que la marche du liquide sanguin rencontre des obstacles, que le cours du sang dans les veines soit ralenti.

Un des cas les plus curieux de ce ralentissement du pouls pendant la période dépressive de la folie à double forme et des troubles qui sont consécutifs, a été publié, il y a vingt ans, par M. Verron, dans les *Archives cliniques des maladies mentales* (t. I, p. 5).

Il s'agit d'un aliéné, atteint de folie à double forme à type circulaire, dont le pouls, pendant la période de dépression, descendait graduellement à 30 et même à 25 pulsations. Lorsqu'il était à ce chiffre, c'est-à-dire au bout de quarante-huit heures environ, le malade devenait complètement « immobile et restait plongé dans un engourdissement dont rien ne pouvait le tirer. Son visage était bouffi et fortement cyanosé. Il tenait constamment les yeux fermés; ses mains étaient crispées, et toute la surface de son corps était aussi fortement cyanosée que son visage. On eût dit, à la première vue, que cet homme était atteint de choléra asiatique..... » Cet état cyanotique persistait pendant toute la durée de la période dépressive qui était de quinze à vingt jours. Dès que commençait la phase d'excitation, le pouls s'élevait et la cyanose générale disparaissait.

Mais outre les troubles de la circulation que nous venons d'indiquer, il en est un autre qui, sous les noms divers de doigt mort, de syncope locale des extrémités, n'est que l'expression d'un même phénomène physiologique, variable d'intensité et de durée, c'est-à-dire le spasme des vaisseaux capillaires. Ce trouble de la circulation, avec

tous les symptômes qui en sont la conséquence, a été décrit pour la première fois par Maurice Raynaud (1). Ce médecin avait fait la remarque que « ce sont surtout des femmes plus ou moins sujettes à différents accidents névropathiques qui s'en sont montrées atteintes ». Il ne paraîtra donc nullement étonnant de rencontrer la syncope locale et même l'asphyxie locale des extrémités chez certaines aliénées. Pour nous, il nous a été donné récemment de les observer l'une et l'autre deux fois et chez deux malades atteintes de folie à double forme et à type circulaire.

Ces troubles circulatoires se produisent uniquement durant la période de dépression. Ils ne sont pas continus, ils sont mobiles, apparaissent, durent un certain temps, puis disparaissent; mais il n'est guère de jour où on n'ait l'occasion de les observer. Ils n'envahissent que rarement tous les doigts, soit des extrémités supérieures, soit des extrémités inférieures. D'ordinaire, ce sont les doigts du milieu de l'une des deux mains (l'indicateur, le médius et l'annulaire) qui sont atteints; d'autres fois, ce n'est que le petit doigt. Dans l'un et l'autre cas, la peau de la troisième phalange est blanche et le reste du doigt est violet; parfois les doigts sont entièrement violets. — Que ces phénomènes se présentent ou non, les mains et les pieds sont froids.

Les malades se plaignent d'un sentiment d'engourdissement, d'élançements, de brûlure, qui semble augmenter lorsque la réaction se produit. — Quant à la sensibilité dans les doigts morts, elle est éteinte chez l'une et l'autre malade; on peut, en effet, leur piquer la peau, même profondément, sans qu'elles en ressentent rien. — Pour ce

(1) *De l'asphyxie locale et de la gangrène symétrique des extrémités*. Thèse de doctorat. Paris 1862. Et art. GANGRENE du *Nouveau Dict. de méd.*, t. XV, p. 636.

qui concerne le tact, il est difficile, étant donné l'état de dépression et même d'hébétéude des facultés intellectuelles des malades, pendant cette phase de leur affection, d'obtenir des renseignements bien exacts et bien précis. Cependant, elles affirment ne plus se rendre compte de la forme des objets qu'on leur met dans la main; et la malade de l'observation II est incapable de continuer ses travaux d'aiguille, lorsque tous ses doigts son devenus blancs.

Avant de relater les deux observations qui servent de base à ce court travail, nous ferons remarquer que les aliénés dont elles racontent l'histoire sont, entre huit ou dix malades atteintes de folie à double forme, qui ont passé dans notre service depuis trois ans, les seules qui aient présenté ce trouble de la circulation périphérique. Leurs accès sont à courtes périodes, tandis que ceux de la plupart des autres malades sont à phase d'une durée très prolongée. Nous ne prétendons pas qu'il y ait, dans le retour plus fréquent de la période de dépression, une condition plus favorable à la production de l'asphyxie locale des extrémités; mais il nous a paru utile de faire ressortir ce fait.

Observation I

SOMMAIRE. — Folie à double forme à type circulaire. — Période d'excitation caractérisée par des symptômes d'agitation maniaque et des impulsions violentes. — l'ériode de dépression avec simple état mélancolique. — Syncope locale à plusieurs doigts des deux mains.

M^{me} Lucie, née en 1818, entre à la maison de Charenton le 9 avril 1856. Cette dame qui a reçu une éducation brillante et une instruction variée, a cependant toujours eu des goûts étranges, des habitudes excentriques. Santé physique ordinairement bonne. Fréquentes irrégularités de la menstruation. La malade a eu quatre enfants qu'elle a nourris elle-même.

Pas d'antécédents héréditaires bien définis. Mère excentrique,

Le trouble des facultés avait près d'une année de date au moment de l'entrée de la malade ; celle-ci nourrissait son dernier enfant quand le délire éclata. Il y eut d'abord de la simple exaltation, et la famille pensa qu'en plaçant M^{me} Lucie dans un couvent, tout se dissiperait avec le calme de cette nouvelle existence. La situation, pendant les premiers jours, répondit à cette espérance ; la tranquillité se rétablit et la malade semblait être revenue complètement à la raison.

Mais, au mois de mars, les règles, qui étaient supprimées depuis la grossesse, reparurent assez abondamment ; en même temps, on vit le délire éclater avec une violence inaccoutumée. M^{me} Lucie se met à chanter, à danser ; mobilité incessante de nuit et de jour ; elle se roule par terre, déchire ses vêtements, brise les objets qui lui tombent sous la main, etc. Pas d'hallucinations, pas d'idées fixes ; mais complète incohérence. Troubles des sentiments affectifs : tantôt la malade témoigne une indifférence complète et d'autres fois, au contraire, elle manifeste une sensibilité tout à fait exagérée. C'est dans cet état qu'elle est conduite à la maison de Charenton, le 9 avril 1856.

Si nous nous reportons aux notes insérées dans les registres sur cette malade, nous constatons que cette excitation maniaque avec violence a persisté pendant plusieurs années, malgré les traitements. Cependant des rémittences ont été notées, puis des accès de fureur paroxytique.

Ce n'est qu'à partir de 1869 que sont indiquées les alternatives de dépression sans délire et de délire maniaque furieux avec désordre excessif des propos et des actes ; chacune de ces phases alternantes a dix à quinze jours de durée.

Les périodes d'excitation semblaient toujours coïncider avec la menstruation. Celle-ci a complètement disparu depuis plusieurs années.

C'est dans cet état qu'il nous est donné d'observer M^{me} Lucie depuis le mois de mars 1879. Les accès de folie à double forme se suivent sans intervalle lucide, et chacune des périodes dure vingt jours à un mois. Voici les symptômes principaux de l'une et l'autre phase, à commencer par celle d'excitation.

La malade, qui était triste la veille, se réveille le lendemain excitée; elle ne peut rester en place, bavarde sans s'arrêter, minaude, se dit belle, s'orne d'une façon baroque, se met des chiffons dans les cheveux, se coiffe en se faisant des bandeaux entremêlés de petites baguettes, se met sur la poitrine des rubans en guise de décorations, etc. Elle ramasse tout ce qui lui tombe sous la main et s'en remplit les poches; les chiffons qu'elle trouve, elle les effile, puis fait des travaux en se servant de petites baguettes à la place d'aiguilles à tricoter. Au bout de quelques jours, l'agitation devient plus intense; la malade crie, chante, déchire ses effets, marche pieds nus, devient plus violente, incohérente, etc. Elle mange beaucoup, vole dans les assiettes des autres malades, ramasse tous les restes pour les dévorer. Ne dort pas.

Le paroxysme maniaque, après avoir duré quatre ou cinq jours, se dissipe et la malade revient à cette simple exaltation du début de la période. Puis, un beau matin, M^{me} Lucie qui, la veille encore, était excitée, se trouve dans un état tout opposé; c'est la phase de dépression qui commence, mais non sans présenter encore, durant les derniers jours, quelques moments d'agitation.

Cette période de dépression offre tous les caractères de ce que l'on appelle mélancolie sans délire avec un léger degré de stupeur. La malade reste, toute la journée, assise sur un banc sans bouger, sans parler. Quand on l'interroge, elle semble, pour ainsi dire, se réveiller et répond quelques paroles avec un rire forcé. Sa physionomie présente le masque de la tristesse. Elle ne fait plus rien, quand on

lui demande à quoi elle pense : « A me guérir, » répond-elle. Ne mange presque pas ; la nuit elle est tranquille. Le poulx, qui était de 90 à 100 pulsations par minute pendant la période précédente, tombe à 66 et au-dessous.

Pendant cette phase dépressive, il nous est fréquemment donné d'observer chez la malade de l'asphyxie locale des extrémités supérieures. Ainsi, les doigts du milieu de la main droite surtout (l'index, le médius et l'annulaire) et le médius de la main gauche sont ou violets, ou blancs jusqu'à leur extrémité. Anesthésie complète des surfaces décolorées ; on peut piquer même profondément la peau, sans que la malade ressente rien ; en outre, pas de sensibilité au toucher. Lorsque la circulation se rétablit dans les doigts morts, il s'y produit une démangeaison insupportable, et la malade se gratte jusqu'à s'enlever l'épiderme et même le derme.

Remarques. — Chez cette malade, la syncope locale et l'asphyxie locale atteignent surtout les extrémités supérieures. Jamais nous n'avons vu ces troubles envahir à la fois les deux mains, ni tous les doigts d'une même main. Le plus souvent ce sont les trois doigts du milieu de la main droite ou le médius de la main gauche qui deviennent blancs ou violets. Les points décolorés sont complètement anesthésiés ; au moment de la réaction, il se produit une démangeaison insupportable. — Rappelons que le poulx qui est de 90 à 100 pulsations pendant la période de l'excitation, tombe à 66 et même au-dessous pendant la phase de dépression.

Nous n'insisterons pas ici sur les symptômes de la maladie mentale ; ils sont conformes à la description classique de la folie à double forme, si bien faite par M. Buillarger et par Falret père.

Observation II

Sommaire. — Folie à double forme à type circulaire. — Période de dépression avec simple état mélancolique. — Asphyxie locale des extrémités. — Boulimie pendant les derniers jours de cette période. — Période d'excitation avec agitation maniaque et délire incohérent. — Héritéité paternelle.

Mlle Louise, née le 18 septembre 1839, entre pour la cinquième fois à la maison de Charenton le 9 juillet 1880. — Antécédents héréditaires : père alcoolique, cousin paternel devenu aliéné à la suite d'excès alcooliques et placé dans une maison de santé.

Cette malade, d'un tempérament nerveux et d'une santé physique ordinairement bonne, a reçu une instruction et une éducation soignées ; elle a toujours manifesté un caractère doux et ouvert. Idées religieuses exagérées. — Saignements de nez fréquents depuis son enfance jusqu'à l'âge de 25 ans. Constipation habituelle. Menstruée depuis l'âge de 13 à 14 ans, toujours régulièrement jusqu'à 18 ans ; à cette époque, les règles ont été supprimées à la suite d'une frayeur et sont restées plusieurs années sans reparaitre. (Elles ont disparu complètement depuis le mois de septembre 1881.)

Cette suppression de la menstruation fut suivie d'un changement très notable dans le caractère de Mlle Louise ; en outre, elle éprouva du dégoût pour les aliments, se plaignit d'un sentiment de pesanteur au creux épigastrique après ses repas, enfin refusa obstinément de manger pendant une quinzaine de jours, d'où un amaigrissement considérable. Quelque temps après, elle fut prise de boulimie et même de pica, elle mangeait avec voracité tout ce qu'elle trouvait, jusqu'à des pommes de terre crues, des épluchures, etc. ; elle entraînait dans une violente colère, lorsqu'on cherchait à l'en empêcher.

A la mort de son père, qui eut lieu vers cette époque,

elle devint triste, recherchant la solitude, et exprima le désir d'entrer dans un couvent.

En 1866 — la malade avait alors 27 ans — elle eut un violent accès d'agitation maniaque qui nécessita son placement dans une maison de santé spéciale : elle criait, chantait, se livrait aux actes les plus désordonnés ; dans les moments de paroxysme, elle se déchirait la poitrine avec les ongles et menaçait de s'étrangler. Cet état dura près de trois mois ; puis le calme se rétablit et la malade devint triste, ne parlant plus, ne répondant que par monosyllabes. Enfin, l'état normal se rétablit ; mais, pendant plusieurs années, M^{lle} Louise eut des boulimies périodiques qui duraient une huitaine de jours. Dans la suite encore, elle fut atteinte de temps à autre de moments de surexcitation ; mais elle restait souvent quatre, cinq et même six mois, sans rien présenter de particulier.

Depuis 1874, la maladie a pris une marche bien déterminée ; des accès alternatifs d'excitation et de dépression se succèdent régulièrement et la malade n'a plus guère quitté la maison de Charenton que pour passer quelques jours dans sa famille et toujours pendant la période de dépression. Nous allons décrire les deux phases de la maladie qui, sauf quelques légères variations dans le degré d'intensité, se ressemblent toujours.

Période de dépression. — La période de dépression ne se produit pas brusquement, mais se prépare en quelque sorte par une atténuation progressive de la phase d'excitation. La malade, après une agitation violente, passe quelques jours, pendant lesquels elle rit et cause toute seule ; puis elle se calme, sa figure prend le masque de la tristesse, elle répond à peine aux questions qu'on lui fait et s'occupe silencieusement à quelque travail d'aiguille ; toute la journée elle reste volontiers assise, mais ne refuse cependant pas d'aller se promener quand on l'y engage. La tenue est

bonne. Dans les premiers jours de la période, elle se plaint d'une fatigue, d'une lassitude générale. Elle dort bien, mais mange peu. Cet état dure une dizaine de jours, puis la malade est prise de boulimie : elle dévore dans une journée plusieurs kilogrammes de pain, va fureter dans les armoires et même dans les seaux pour y prendre des restes d'aliments et mange ce que les autres malades ont laissé sur leurs assiettes. Cela dure huit à dix jours ; enfin, un matin, la malade se réveille excitée, bavarde, etc. La période d'agitation commence.

Un fait intéressant à noter durant la phase que nous venons de décrire, c'est l'état de la circulation. Voici le relevé du pouls pris pendant la dernière période observée :

2 mai — P. 60	41 mai — P. 48
3 — — P. 60	42 — — P. 54
4 — — P. 60	43 — — P. 46
5 — — P. 52	46 — — P. 50
6 — — P. 56	47 — — P. 54
8 — — P. 52	49 — — P. 56
9 — — P. 52	20 — — P. 60
10 — — P. 52	Le malade commence à s'agiter.

Le maximum est, comme on le voit, de 60, et le minimum de 46 pulsations. En outre, le pouls est petit, filiforme, quelquefois à peine sensible. Les bruits du cœur sont nets, mais faibles et séparés les uns des autres par des intervalles assez longs; pas de bruit pathologique.

A ces modifications de l'appareil circulatoire correspondent, dans les extrémités, des troubles asphyxiques, allant depuis la cyanose jusqu'à la syncope locale. Le plus souvent les mains et les pieds ont une teinte livide; d'autres fois, les doigts et les orteils deviennent tous exsangues et se décolorent. Mais le plus souvent ces deux phénomènes

(teinte violette et syncope locale) peuvent s'observer en même temps et sur la même extrémité; c'est d'ailleurs le cas le plus fréquent. Ainsi, tous les doigts d'une main sont violacés, sauf un ou deux qui sont décolorés; cette décoloration peut n'envahir que la troisième phalange, ou les deux dernières, parfois le doigt entier. — Les mains et les pieds sont constamment froids; la température des mains prise au thermomètre, nous a donné un jour 22° pour la main droite et pour la main gauche, 24°,6; la température axillaire étant de 36°. — Lorsque la syncope des doigts est complète, lorsque, suivant l'expression de la malade, ses doigts sont morts, elle y ressent des sensations de piqure et de cuisson qui augmentent avec la réaction. La sensibilité au toucher et la sensibilité à la douleur y sont alors complètement abolies.

Période d'agitation. — La période d'excitation annoncée par la boulimie débute brusquement, du soir au matin; quelquefois cependant on a pu observer, deux jours avant l'explosion de cette période, un peu de surexcitation, des rires, la tenue est mauvaise. Mais dès que l'excitation a commencé, elle monte immédiatement à son summum; l'agitation devient si violente, que la malade, de crainte de commettre des actes désordonnés, demande elle-même qu'on lui mette la camisole. Eclats de rire, chants, discours incohérents, parfois impulsions violentes; insomnie, mange peu, gâte souvent. La langue est blanche, saburrale; la figure et les mains sont rouges, la peau est chaude. — Cet état violent dure dix à douze jours; puis le calme se rétablit peu à peu et la malade n'a plus que des rires et des monologues; au bout de quelques jours, elle retombe dans la dépression.

Le pouls est assez fréquent, surtout comparé à ce qu'il est pendant la phase précédente. Voici le relevé pris pendant les derniers jours de la période d'excitation consécu-

tive à la période de dépression, qui nous a fourni le tableau donné plus haut :

27 mai. P. 68.

28, 29 — Impossible de prendre le pouls à cause de l'agitation de la malade.

20 — P. 76.

31 — P. 72.

1^{er} juin. P. 76.

2 — P. 64. L'excitation commence à se calmer.

9 — P. 64. La malade rit et parle encore seule.

Pendant cette période, nous n'avons jamais observé les troubles circulatoires des extrémités qui existent toujours pendant la phase de dépression.

Pour donner une idée de la marche de la maladie, voici le tableau des phases qui se sont succédé depuis le 1^{er} janvier 1882 :

Période d'excitation. — Commencée le 29 décembre 1881, terminée le 10 janvier 1882.

— de dépression. — Du 11 janvier au 2 février.

— d'excitation. — Du 3 au 21 février.

— de dépression. — Du 22 février au 14 mars.

— d'excitation. — Du 15 au 28 mars.

— de dépression. — Du 29 mars au 20 avril.

— d'excitation. — Du 20 avril au 4^{or} mai.

— de dépression. — Du 2 au 20 mai.

— d'excitation. — Du 21 mai au 4 juin.

Ainsi qu'on peut le voir par ce tableau, la période de dépression est toujours d'une durée plus longue de quelques jours que celle d'excitation; ce qui d'ailleurs peut être être considéré comme une des lois de l'évolution de l'accès de folie à double forme.

Remarques. — Cette observation intéressante à plus d'un titre, présente cette particularité que la période d'excitation est d'ordinaire annoncée par un accès de boulimie

d'une durée variant entre six à huit jours. La gloutonnerie, l'appétit vorace est surtout considéré comme un symptôme de la phase d'excitation : dans ce fait, il se présente dans les derniers jours de la période de dépression et annonce en quelque sorte sa fin.

Mais ce qu'il importe surtout ici, c'est l'état de la circulation pendant la phase dépressive. On a vu que le pouls tombait, à certains jours, à 48 et même à 46 pulsations.

Aussi l'asphyxie locale des extrémités est-elle et plus fréquente et plus étendue chez cette malade que chez celle de l'observation précédente. Il y a des jours où les doigts et les orteils se décolorent tous, d'autres fois ils prennent une teinte livide. Cet état dure plusieurs heures; en même temps existent des sensations de piqure, de cuisson. Le plus souvent, il n'y a que certains doigts de l'une ou l'autre main qui sont atteints et l'on voit alors l'extrémité des doigts qui sont blancs et le reste prend une couleur violette.

L'existence de l'asphyxie locale des extrémités pendant la période de dépression de la folie à double forme pourrait donner lieu à d'intéressantes réflexions, non seulement sur l'étiologie et la nature du trouble circulatoire lui-même, mais encore sur la physiologie pathologique de l'affection mentale. Ainsi, en ce qui concerne ce dernier point, il serait permis de conclure, par exemple, que ce qui a lieu aux mains et aux pieds, se passe aussi dans le cerveau; que ce spasme des vaisseaux capillaires des mains et des pieds, qui produit l'asphyxie locale des extrémités, existe aussi dans les vaisseaux capillaires encéphaliques; que, par conséquent, la dépression n'est que le résultat de l'anémie cérébrale, consécutive à cette contractilité spasmodique; enfin, que l'excitation est due au rétablissement de la circulation cérébrale qui, par suite de la réaction, se trouverait même exagérée.

Ces considérations, que nous déduisons de l'observation

des deux faits précédents, sembleraient donner raison à la théorie exposée par M. Luys, dans son savant *Traité clinique et pratique des maladies mentales*. En effet, parlant de la marche de la folie à double forme, il admet « que les phénomènes de dépression et d'excitation alternatifs se succèdent fatalement les uns à la suite des autres par une série de nuances insensibles, régis qu'ils sont par la fatalité des lois de la circulation capillaire » ; et il ajoute « que la dépression et l'excitation ne sont que des variations dynamiques apparentes de l'état d'ischémie ou d'hyperhémie successives par lesquelles passe la trame nerveuse intéressée » (p. 515).

Quelque séduisant qu'il soit de suivre M. Luys sur ce terrain théorique, nous nous arrêtons là. En publiant les deux observations contenues dans ce court travail, nous n'avons eu d'autre but que d'apporter notre tribut à l'étude de la symptomatologie de la folie à double forme.

NOTE

SUR LES

TRAUMATISMES DE L'OREILLE

Par M. le Dr BIAUTE

Médecin adjoint de l'asile d'aliénés de Blois.

En mai 1877, parurent dans les *Annales médico-psychologiques* quelques observations sur les tumeurs sanguines du pavillon de l'oreille, observations que j'avais recueillies à l'asile d'aliénés de la Roche-Gandon, dirigé alors par M. le Dr Henry Bonnet, dont la théorie sur la genèse de cette affection était la spontanéité. Cela ressort clairement des quelques lignes qu'il a consacrées à l'othématome dans ses recherches sur l'anatomie pathologique et la nature de la paralysie générale, faites en collaboration avec M. le professeur Poincaré, de Nancy. M. Petit, de Nantes, et M. Bouteille, s'élevèrent aussitôt contre l'idée paraissant émise dans mes courtes réflexions et semblant conforme à celle de M. le Dr Bonnet.

Parmi les auteurs qui ont parlé de l'hématome de l'oreille, et leurs travaux sont rapportés dans la thèse du Dr Mabile et dans le mémoire de M. le Dr Bouteille (*Annales* de juillet 1878), il y a trois partis ; pour les uns, c'est la congestion avec hémorrhagie ; pour les autres, c'est le traumatisme qui est la cause ; pour les derniers enfin, il existe une prédisposition à l'hémorrhagie, et le traumatisme est la cause efficiente.

Quelques auteurs avancent que dans les asiles bien tenus l'othématome ne doit pas se rencontrer, ce qui signifie que

les infirmiers ne frapperont pas; d'autres, que le moindre froissement suffit parfois pour le produire chez un paralytique ou tout autre aliéné. En ajoutant l'avis de ceux qui ne reconnaîtront jamais une cause traumatique, il est évident que la pathogénie de l'affection est loin d'être élucidée. Il y a lieu, par conséquent, de poursuivre encore les investigations dans ce sens. C'est seulement ce que nous essayions en 1877, et il est aisé de se convaincre que nous ne formulâmes alors aucune conviction précise, et que, dans les deux dernières observations, des doutes sont émis sur la production spontanée.

Je suppose qu'un ou deux hématomes surviennent dans une division d'aliénés, et qu'un gardien soupçonné de brutalité soit déféré aux tribunaux, comme il est du droit et du devoir d'un directeur de le faire en cas de sévices envers des malades. Je doute qu'en présence de cette seule preuve — la tumeur de l'oreille — il y ait actuellement assez d'accord parmi les médecins aliénistes pour mettre à la charge de cet infirmier des coups donnés sur cette partie de la tête.

Ce n'est pas par des cas isolés que les opinions doivent se former; c'est sur un ensemble de faits identiques qu'il est nécessaire de se baser pour construire une théorie. Quant au sujet qui nous occupe, il faudrait, je crois, pour édifier tout le monde, faire le relevé de tous les hématomes où le mode de production ne peut être discutable. J'avoue que, du côté des aliénés, cela est difficile pour asseoir convenablement la genèse spontanée; il faudrait faire ces recherches chez les individus sains d'esprit. La chose est possible et sera peut-être tentée un jour, numériquement, dans une thèse ou tout autre travail. Celui-là aura une valeur incontestable. Le sujet en vaut certainement la peine, car son élucidation peut être d'un intérêt majeur en médecine légale et aussi pour la discipline intérieure des asiles.

Pour ma part, chaque fois que ma pratique me fournira

quelque chose de nouveau, je ne manquerai pas d'en donner communication.

Quelques observations d'hématome de l'oreille chez des aliénés, où la cause traumatique est évidente, seront l'objet d'un travail ultérieur ; aujourd'hui je ne veux rapporter que le cas suivant, survenu chez un serviteur de l'asile d'Armentières.

Cet homme, ayant déserté l'armée belge par crainte d'une répression pour un acte d'indiscipline grave, faisait à l'âge de trente ans la campagne du Mexique, comme soldat à la légion étrangère. Un soir, il tombe dans une embuscade ennemie ; il a de la peine à éviter le coup de sabre d'un cavalier, et, occupé par celui-ci, il reçoit de la part d'un fantassin un coup de crosse sur le côté gauche de la tête. Il ne dut son salut qu'à un de ses camarades qui tua ses deux adversaires. La violence du coup lui fit perdre connaissance, mais immédiatement l'oreille devint grosse, il eut un hématome. Voici comment il s'explique pour la suite, dans les détails que nous lui avons demandés par écrit : « On m'a immédiatement conduit à l'ambulance, et transporté ensuite à Mexico, après avoir reçu les soins du médecin du bataillon. Pendant huit jours j'ai eu constamment sur l'oreille de l'eau froide, ce que l'on pouvait rouvrir de plus froid ; enfin je ne sais ce que l'on y mettait, mais l'eau avait plus ou moins l'aspect d'une espèce d'eau blanche. Après huit jours on constata que l'enflure diminuait petit à petit. » L'oreille mit deux mois avant d'arriver au point de rétraction et d'induration qu'elle devait toujours garder : elle est épaissie et déformée à la partie supérieure du pavillon.

Nous terminerons cette note par des exemples de traumatismes n'ayant pas occasionné d'hématome.

G... Léon, entré le 7 octobre 1877, à la maison nationale de Charenton, a eu, en janvier 1878, un hématome traumatique de l'oreille gauche. Le 1^{er} novembre de la même

année, il est jeté à terre par un autre malade qu'il avait menacé, reçoit de nombreux coups, et sa tête frappe à diverses reprises sur le sol bitumé. Il présente des écorchures sur le corps, de petites plaies à la tête, des ecchymoses aux paupières de l'œil droit, des bosses sur le front, une ecchymose à l'oreille droite autour de laquelle existent des égratignures : elle a été froissée et contusionnée. Le 4 novembre l'ecchymose occupe toute la conque et il en existe une autre sur le côté droit de la face. Il n'y a pas eu de tumeur sanguine. G... était paralytique général.

Villain, paralytique général, est le 29 mars 1879, nourri depuis quinze jours à l'aide de la sonde œsophagienne. Il oppose de la résistance et la tête doit être maintenue fortement ; nécessairement les oreilles sont comprimées, froissées. Elles sont toujours très rouges et une ecchymose existe à la joue gauche, mais l'oreille n'a pas offert de tumeur sanguine. Villain a été transféré à Ste-Anne en avril.

M. B..., capitaine de gendarmerie, paralytique général, est entré à la maison nationale de Charenton en avril 1879; avant son arrestation il a erré dans les rues de Paris de la façon la plus inconsciente, et, attaqué par des rôdeurs durant la nuit, il a reçu des coups de bâton sur la tête. Il a eu des ecchymoses sur les oreilles, mais pas de tumeur sanguine.

Les faits suivants sont de l'asile d'Armentières, et sont relevés dans les notes journalières, toujours scrupuleusement prises par M. Lhéritier (1), interne du service :

9 juin 1880. Legr..., ancien hypémaniaque, mystique, coups sur les deux oreilles. Grandes ecchymoses seulement.

24 juin. Wach..., manie aiguë, maintenu au fauteuil, ecchymose dans la conque de l'oreille gauche. Pas de tumeur.

4 juillet 1880. G..., manie chronique, ecchymose sur l'œil gauche et sur l'oreille gauche sans hématome.

(1). Malheureusement mort depuis la rédaction de cet article, à la suite d'une piqûre anatomique.

Coups reçus d'un gardien du poste l'avant-dernière nuit.

4 juillet. D..., manie chronique, ecchymose et phlyctène noirâtre sur l'oreille droite par suite de coups de sabot de la part d'un autre malade. Pas d'hématome.

6 juillet. Hourd..., épileptique; dans un moment d'exaspération impulsive, il casse des carreaux et tombe ensuite sur un banc; ecchymose de l'oreille droite, sans hématome.

16 novembre 1880. G... (Fernand), paralytique général, peu solide sur ses jambes, fait une chute, disent les gardiens de sa division. C'était douteux. Ecchymoses en différentes parties du corps et sur l'oreille gauche. Pas d'hématome.

Tels sont les quelques faits que nous avons observés et que nous voulions rapporter aujourd'hui.

La chronique des *Annales* de juillet 1884 fait mention de deux personnes non aliénées ayant eu des hématomes; chez l'une, il y a eu tumeur à chaque oreille et développement spontané; chez l'autre, la cause est traumatique. De plus, le journal l'*Encéphale* du 25 juin 1884, publie un travail de M. Ch. Vallon sur cette affection de l'oreille. L'étiologie ne retire pas grand avantage encore de ces faits nouveaux, mais ils pourront certainement servir à celui qui entreprendra un travail plus long. Le traumatisme et la spontanéité avec prédisposition aux hémorrhagies doivent être acceptés; mais si ces causes différentes produisent une tumeur sanguine, il y a lieu de croire et d'espérer qu'on arrivera à trouver des signes différentiels propres à chaque cas. D'ailleurs, M. Vallon mérite déjà une bonne mention pour avoir dit que l'hématome traumatique atteint rapidement un gros volume, tandis que l'hématome que l'on croit spontané ou que rien ne démontre avoir été occasionné par des coups, demande plusieurs jours pour arriver à un développement accentué. C'est une base qui peut servir et nous la relevons avec plaisir.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE

DE LA

PARALYSIE GÉNÉRALE

Par M. le Dr Philippe REY *ancien médecin*
Médecin adjoint de l'asile de Ville-Evrard.

a été condamné à trois mois de prison pour vol.

L'anatomie pathologique de la paralysie générale a été, dans ces dernières années, l'objet de travaux remarquables, mais qui laissent encore subsister bien des incertitudes au sujet de la lésion propre et véritablement pathognomonique de cette affection. En effet, parmi les auteurs, les uns n'attachent qu'une importance tout à fait secondaire aux altérations qui jusque-là étaient considérées comme classiques, et n'accordent une valeur réelle qu'aux modifications microscopiques des vaisseaux capillaires, de la névrogie et des éléments nerveux; pour d'autres, c'est l'ensemble des lésions apparentes, bien connues, des méninges, de la couche corticale et de la substance blanche qui constitue la caractéristique nécroscopique de la paralysie générale. Cette divergence d'opinions nous a déterminé à examiner le plus grand nombre possible de cerveaux de paralytiques généraux, au point de vue des lésions apparentes, visibles à l'œil nu, de leur fréquence, et des rapports qu'elles peuvent présenter avec les phénomènes observés pendant la vie. Le service que notre savant directeur-médecin en chef, M. Espiau de Lamsèstre, nous a confié, renferme une proportion considérable de malades atteints de démence paralytique. C'est là un vaste champ de recherches que nous tâcherons de mettre à profit.

Parmi les lésions visibles à l'œil nu, et les plus constantes, il en est une qui nous a fourni un nombre d'exemples déjà suffisant pour faire l'objet d'une courte étude. Cette lésion consiste en une dissociation qui s'opère profondément dans la couche corticale et qui, dans certains cas, permet d'isoler une notable épaisseur de la substance grise de la partie sous-jacente. M. Baillarger, le premier, a signalé cette altération sur laquelle il vient tout récemment encore d'attirer l'attention (4).

Les résultats de notre examen sur une série de quinze cerveaux de paralytiques généraux confirment les faits rapportés par les auteurs que nous venons de citer; mais ils nous amènent à une conclusion différente, quant à la détermination du siège de l'altération.

Les observations suivantes, réduites aux principaux éléments du diagnostic et aux résultats de l'autopsie, vont nous permettre d'entrer dans quelques détails indispensables.

Obs. I. — Lourd... Jules, 44 ans, entré le 6 septembre 1881. Paralytie générale, affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire; idées ambitieuses incohérentes, délire des richesses, embarras considérable de la parole, inégalité pupillaire, tremblement de la langue et de l'orbiculaire des lèvres, accès d'agitation très fréquents. 8 décembre : attaques épileptiformes répétées, mort.

Autopsie : Opacité et épaississement des méninges; adhérences sur les circonvolutions frontales et temporales, suffusions sanguines sur la région pariéto-occipitale avec petits caillots dans les anfractuosités; ventricules remplis de liquide; granulations épendymaires; ramollissement du corps calleux et des cornes sphénoïdales.

(4) Note sur une altération du cerveau caractérisée par la séparation de la substance grise et de la substance blanche des circonvolutions. *Ann. méd. psych.*, t. VII, 6^e série.

La substance grise est ramollie principalement dans la moitié antérieure de la région frontale; on peut l'enlever facilement avec le dos du scalpel sur les circonvolutions et dans les anfractuosités; un filet d'eau dirigé sur les circonvolutions, au niveau des adhérences, entraîne la substance grise qui forme le fond des ulcérations, et décolle nettement les bords de celles-ci, dans une assez grande étendue. Les parties des circonvolutions et anfractuosités ainsi dénudées sont lisses, d'un blanc jaunâtre et résistantes.

Obs. II. — Jol... Edouard, quarante-cinq ans, entré le 18 janvier 1884. Paralyse générale, affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire, dépression mélancolique, préoccupations hypochondriaques alternant avec des idées incohérentes de satisfaction, agitation submaniaque, marasme, mort le 31 octobre.

Autopsie : Opacité des méninges, plaques nacrées disséminées sur les lobes frontaux; adhérences très étendues, principalement sur l'hémisphère gauche: suffusions sanguines sur la région pariéto-occipitale, liquide et granulation ventriculaires. Ramollissement du corps calleux et des cornes sphénoïdales. Sur le tiers moyen de la deuxième frontale gauche, l'adhérence des méninges produit une perte de substance d'environ deux centimètres d'étendue. La couche corticale paraît enlevée dans toute son épaisseur, laissant au-dessous une surface parfaitement unie, résistante, d'un blanc jaunâtre. Sur plusieurs points des circonvolutions frontales, la substance grise, ramollie, peut être enlevée avec le dos du scalpel, ou détachée par un filet d'eau avec décollement plus ou moins étendu.

Obs. IV. — Baz... Edouard, 35 ans, entré le 30 novembre 1884. Paralyse générale, délire ambitieux, idées incohérentes de satisfaction et de richesses, affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire, embarras de la parole, tremblement de la langue, inégalité des pupilles.

Février. Agitation maniaque, fièvre, diarrhée, congestion pulmonaire, mort le 26.

Autopsie. — Le cerveau reposant sur sa base est affaissé. Opacité et épaississement des méninges, adhérences étendues sur toute la surface cérébrale, excepté sur le tiers supérieur des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes et sur le lobule paracentral. Liquide dans les ventricules latéraux ; granulations de l'épendyme.

Le grattage des circonvolutions avec le dos du scalpel ne recueille qu'une sorte de boue liquide, sans enlever la substance grise. Un filet d'eau ne l'entraîne pas davantage, même sur les régions ulcérées, la couche corticale paraît se gonfler sous l'action du liquide. Des coupes perpendiculaires montrent, dans la région profonde de la substance grise, une ligne presque noire où la substance cérébrale est plus ramollie que dans les régions sus et sous-jacentes.

Obs. V. — Lebun...., 32 ans, entré le 5 avril 1884. Paralyse générale, idées hypochondriaques mêlées à des idées de satisfaction, affaiblissement de l'intelligence et de la mémoire, embarras de la parole, tremblement de la langue et des lèvres, inégalité pupillaire, prédominance des idées hypochondriaques, accès d'agitation, grincement de dents continu, marasme. Mort le 27 avril 1882.

Autopsie. — Quelques flots osseux sur l'arachnoïde viscérale du lobe frontal gauche et sur la face correspondante de la faux du cerveau ; aspect gélatineux des méninges, teinte blanc bleuâtre surtout la convexité, développement flexueux des veines, adhérences très étendues avec la substance cérébrale, plus rares sur les circonvolutions marginales du sillon de Rolando. Pas de granulations épendymaires. Ramollissement notable des parties blanches médianes des parois des ventricules et des cornes sphénoïdales.

Ramollissement superficiel de la substance grise. Zone

noirâtre, voisine de la substance blanche; un filet d'eau dirigé sur ce point isole nettement les régions sus et sous-jacentes; induration superficielle de la substance blanche des circonvolutions.

OBS. VI. — Pruv... Emile, 57 ans, entré le 28 février 1880. Excès alcooliques, attaques congestives, excitation maniaque, hallucinations de la vue, tremblement de la langue et des mains.

Trois mois après seulement, en juillet, on note un délire ambitieux incohérent, des idées de richesses, de l'affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire, embarras de la parole, inégalité pupillaire.

Avril 1882. Démence paralytique, agitation nocturne, faiblesse musculaire, gâtisme, eschares, marasme. Mort le 7 mai.

Autopsie. — Liquide abondant dans la cavité de l'arachnoïde, méninges œdémateuses, aspect laiteux, petites suffusions sanguinées au niveau du tiers supérieur des deux premières frontales droites, adhérences des méninges surtout à gauche. Sur la deuxième frontale gauche, à sa partie moyenne, on entraîne avec les méninges, à peu près toute l'épaisseur de la substance grise, dans une étendue de trois centimètres; la circonvolution et l'anfractuosité correspondante semblent réduites à la substance blanche. Les deux surfaces de séparation sont parfaitement lisses; du côté de la circonvolution, la surface est d'une teinte blanc grisâtre, l'autre est plus foncée. Ces deux parties ainsi séparées peuvent être parfaitement juxtaposées.

Sur plusieurs autres points, un filet d'eau entraîne facilement la substance grise du sommet des circonvolutions, et décolle la couche corticale dans les parties déclives et dans le fond des anfractuosités.

Liquide dans les ventricules, granulations épendymaires très nombreuses et très développées.

Chacune de ces observations offre un exemple des différents aspects que peut présenter l'altération qui nous occupe et qui ne sont évidemment que les degrés du même fait anatomo-pathologique. Quand la lésion est complète, il semble que la séparation s'opère entre la substance grise et la substance blanche des circonvolutions ; la surface mise à nu est, en effet, parfaitement lisse, consistante, et à peu près blanche. Cependant nous avons voulu nous assurer s'il ne restait plus la trace de la couche corticale. Or, en coupant perpendiculairement des circonvolutions en un point où l'altération présente le plus de netteté, et en examinant les surfaces de section avec une loupe, on distingue encore une zone très mince de substance grise. De plus, M. le professeur Mathias Duval, avec une complaisance dont nous lui sommes reconnaissant, a bien voulu faire quelques préparations microscopiques de ces mêmes pièces. L'examen de ces coupes nous a montré les éléments de substance grise, avec les modifications propres à la paralysie générale. Le bord libre qui, à l'œil nu, paraît lisse et uni, est réellement très irrégulier, hérissé de vaisseaux qui sur ce point se montrent très nombreux.

Nous n'avons rencontré cette altération que sur les lobes frontaux, particulièrement sur leur moitié antérieure, tant dans les anfractuosités que sur le relief des circonvolutions. Nous l'avons notée aussi sur le lobule de l'insula, et dans le fond de la scissure de Sylvius. Elle est liée à l'état de ramollissement superficiel de la couche corticale, à l'étendue des adhérences avec les membranes, et surtout à l'induration de la partie la plus superficielle de la substance blanche des circonvolutions.

Nous ne l'avons jamais rencontrée dans les autres régions. Il n'est pas sans intérêt d'ajouter que, dans ce mode d'exploration de la surface cérébrale, nous avons toujours noté une fermeté particulière de la substance grise du tiers supérieur des circonvolutions frontale et pariétale

ascendantes et du lobule paracentral, et l'intégrité de ces régions, alors même que les adhérences s'étendaient jusque sur les régions pariéto-occipitales.

A des degrés différents, nos quinze cerveaux de paralytiques généraux ont tous présenté l'altération que nous venons de décrire. Nous avons eu l'occasion d'examiner comparativement six cerveaux d'individus atteints d'affections mentales autres que la paralysie générale : délire chronique, épilepsie, démence sénile, démence apoplectique. Ces individus n'avaient présenté aucun symptôme de paralysie générale; ils ont succombé les uns à des maladies intercurrentes, les autres à des attaques apoplectiques. Ces individus avaient de 40 à 50 ans; l'un d'eux était un vieillard de 70 ans. Sur aucun de ces cerveaux, nous n'avons rencontré les lésions habituelles de la paralysie générale, et nous n'y avons pas trouvé trace de l'altération spéciale qui nous occupe. Il est donc légitime de penser que cette altération, déjà décrite par M. Baillarger, est propre à la paralysie générale, et qu'elle doit prendre place dans le groupe des lésions macroscopiques de cette affection.

Archives cliniques

72

ASILE DE QUATRE-MARES. — M. A. FABRE DE PARREL,
MÉDECIN ADJOINT

Service de M. FOVILLE, puis de M. BROU

**Délire de persécution systématisé d'origine alcoolique
suivi de paralysie générale.**

SOMMAIRE. — Excès alcooliques. — Idées de persécution systématisées. — Sortie par guérison. — Hébétude. — Inaptitude au travail. — Retour des idées de persécution à la suite de nouveaux excès. — Deuxième entrée à l'asile. — Symptômes de paralysie générale confirmée. — Mort. — Autopsie. — Réflexions.

Le nommé G... âgé de trente-six ans, entre à l'asile de Quatre-Mares, le 28 mai 1879, dans le service de M. le Dr Foville. Son beau-frère donne sur lui les renseignements suivants :

G... jouit habituellement d'une bonne santé physique, les accidents actuels ne doivent pas être mis sur le compte de l'hérédité. Mais le malade, qui fait le commerce des cidres, commet de nombreux excès de boisson ; lorsqu'il va travailler dans les champs, il exige que sa femme lui porte du cidre et il en boit jusqu'à s'enivrer.

Depuis quelque temps, il néglige son travail et ses affaires et la misère règne dans sa maison. Il y a deux mois que la maladie a débuté par des hallucinations de l'ouïe et de la vue ; mais depuis déjà deux ans, G... se plaignait fréquemment de céphalalgie, d'insomnie et de faiblesse dans les

jambes. Actuellement il se figure que M. M..., maire de la commune, propriétaire très riche, appartenant à la société la plus distinguée, entretient des relations avec sa femme, il le voit venir chez lui, l'entend causer, et le menace de mort; il porte les mêmes soupçons sur le garde champêtre et sur un cantonnier. Il veut tuer le brigadier de gendarmerie, il injurie sa femme et l'accable de coups.

Interrogé le lendemain de son entrée, G... raconte qu'il a eu un jour l'idée que M. M... devait venir devant sa cave, il a fait cacher sa femme derrière des futailles, mais le maire n'est pas venu. Un autre jour il a eu l'idée que cette même personne devait arriver le soir derrière sa maison, il s'est mis en embuscade et il a vu, dit-il, M. M... et son piqueur; ce dernier a crié : « Personne, entrez ! » G... a tiré son couteau, puis se ravisant, a abandonné son projet de tuer le maire, il a voulu seulement courir après lui; mais, il est tombé dans un fossé pendant que M. M... s'enfuyait. Quant à lui, il est rentré, mais sa femme s'est sauvée parce qu'il criait : « Je viens de le prendre, es-tu contente ? » Il avoue avoir écrit à M. M... pour le menacer, il ne l'a jamais surpris avec sa femme, mais tout le monde lui signalait leur conduite et on jetait même des pierres dans son jardin pour l'avertir, il ajoute que, d'ailleurs, M. M... est un méchant homme qui fait suivre les gens par son chien.

M. le Dr Foville constate dans son certificat que G... « est affecté d'aliénation mentale caractérisée par des » conceptions délirantes qui le rendent très dangereux. Par » suite d'hallucinations et d'illusions il s'est imaginé, par » une inspiration intérieure et sans aucune preuve matérielle, que le maire de sa commune était l'amant de sa » femme; sous l'influence de ce délire il s'est caché en » embuscade, une fois avec deux fusils, une autre fois avec » un couteau, dans l'intention de tuer son prétendu ennemi; » il lui a écrit des lettres d'injures et de menaces. Il est » affecté de lypémanie et doit être maintenu. »

Le 2 juin, G... écrit à sa femme une lettre pleine de sentiments affectueux. Sur l'observation qui lui est faite que cette lettre n'est pas d'accord avec les sentiments qu'il éprouve réellement, il répond que sa femme lui a défendu de jamais lui parler de ses relations adultères.

3 juin. G... dit avoir donné un jour trois coups de bâton à sa femme, parce qu'elle avait la tête complètement perdue. Une fois, il a vu, dit-il, en allant au cimetière un squelette danser devant lui.

9 juin. G... écrit une lettre dans laquelle il regrette ce qu'il a dit au maire, il demande à s'en aller, promettant de ne pas recommencer et assurant qu'il n'est pas un méchant homme, qu'on n'a rien à craindre de lui.

11 juin. Plus calme, il mange et dort bien, il n'en veut plus à M. M..., mais reste convaincu que celui-ci a eu des relations avec sa femme.

M. le Dr Foville constate dans le certificat de quinzaine :
 « que G... se montre calme et docile; mais qu'il a conservé
 » ses préventions délirantes contre sa femme et contre le
 » maire de sa commune et qu'il ne tarderait pas, s'il était
 » remis en liberté, à redevenir dangereux. »

Peu à peu, G... reconnaît ses erreurs et, au bout d'un mois, il paraît avoir recouvré la lucidité. Mais, par suite de diverses difficultés, il ne sort que le 4 décembre en congé d'essai. Deux mois après, sa femme donnant sur son compte de bonnes nouvelles, il est rayé des contrôles de l'asile.

Pendant toute la durée de ce premier séjour à l'asile, G... n'a présenté aucun trouble de la motilité, ni aucun phénomène intellectuel qui pût faire soupçonner chez lui autre chose qu'un état de folie simple, revêtant la forme de la lypémanie hallucinatoire.

La suite de cette observation est l'histoire du malade depuis sa sortie jusqu'au 1^{er} juin 1881, jour de son décès.

D'après les renseignements qu'on nous a fournis après sa réintégration, G..., une fois rentré chez lui, serait resté

apathique, hébété et incapable de travailler; il s'est remis à boire et le 3 juin 1880, il est devenu très excité. Il a assommé une vache, coupé une poule en morceaux avec un rasoir; il réclamait ses fusils et recommençait ses menaces contre M. M... Le 6 juin, il part en voiture et ne revient que le lendemain, sans qu'on sache où il est allé. La nuit il est tourmenté par des hallucinations, il entend des voix, des bruits effrayants, et il voit des animaux courir sur son lit.

Le 9 juin, il se présente à nous dans un état de trouble extrême; il répète nos questions sans paraître les comprendre; il dit successivement qu'il a vingt ans, puis vingt-cinq, puis trente. Il est venu ici il y a six ans, il en est sorti il y a dix-huit ans. Il raconte qu'il a poursuivi des coqs et d'autres animaux. La face est vultueuse, la parole embarrassée, la démarche lourde et incertaine. A cette époque, nous pouvions encore espérer qu'il n'y avait là qu'un accès de folie ébrieuse; mais, au bout de peu de jours, la persistance des troubles de la motilité, la nature du délire ne laissaient aucun doute. Nous pûmes constater un embarras extrême de la parole, l'inégalité des pupilles, des excrétions involontaires, l'affaiblissement des facultés, le délire ambitieux le plus exubérant, en un mot, tous les symptômes de la paralysie générale confirmée.

En janvier 1881, G... était déjà alité à cause de son état de marasme. Il meurt le 1^{er} juin 1881.

AUTOPSIE. — Ouverture du crâne. — La dure-mère est très épaisse. La consistance générale de la masse encéphalique est très molle. Les ventricules contiennent une quantité considérable de sérosité citrine.

Hémisphère droit, face interne. — Sur les première et deuxième frontales, les méninges sont minces, s'enlèvent difficilement; sur le reste de cette région, elles sont au contraire épaissies et très vasculaires. Sur la deuxième circonvolution temporo-occipitale, à 0^m, 01 c. de la partie pos-

térieure de cette circonvolution, existe une très forte adhérence. A la partie inférieure et antérieure de l'avant-corn on remarque une adhérence peu étendue mais profonde.

Face externe. — Les méninges sont fortes, résistantes, presque fibreuses, très vasculaires. Il existe de fortes adhérences sur les première, deuxième et troisième frontales, au pied de la frontale ascendante et des pariétales ascendantes et sur la première temporale. Sur les circonvolutions occipitales, les méninges lèchent légèrement la substance corticale. En certains points on remarque un pointillé d'un rouge assez vif. A la base du gyrus-rectus se distinguent de nouvelles adhérences, mais elles sont peu profondes.

Hémisphère gauche, face interne. — Nous remarquons sur cette face des lésions presque absolument symétriques avec celles de l'hémisphère droit ; à la deuxième temporale les adhérences sont peut-être plus fortes. Même observation pour la face externe.

Les coupes pratiquées sur la masse encéphalique n'offrent rien de particulier à signaler. Quelques granulations fines existent dans le quatrième ventricule.

Réflexions. — L'histoire de ce malade présente deux phases importantes à distinguer. Dans la première, nous assistons à un accès de lypémanie avec idées de persécution, dont la cause paraît résider dans l'absorption répétée des boissons alcooliques. La nature pénible du délire, l'existence d'hallucinations actives, mobiles, de la vue et de l'ouïe, l'amendement rapide de tous les symptômes confirment cette manière de voir. Pendant plus de six mois que G... a passé à l'asile, personne n'a pu soupçonner chez lui autre chose qu'un accès de folie simple. La valeur du médecin qui a traité le malade est la première des garanties de l'exactitude du diagnostic, confirmée, d'ailleurs, par les notes mensuelles et les différentes pièces du dossier. Parmi

ces dernières, je citerai même une lettre écrite par le malade quelques jours avant son entrée. Au point de vue graphique, elle ne présente aucune des particularités qu'on rencontre habituellement dans les écrits des paralytiques ; mais, par contre, le système du délire y est très nettement exposé.

« M. M..., c'est la troisième et dernière lettre que je vous
» envoie, je ne vous écrirai plus. Vous savez parfaitement
» que vous m'avez détruit mon avenir et mon bonheur et
» celle de toute ma famille. Par conséquent, si d'ici lundi
» vous ne venez pas prendre vos mesures justes avec moi,
» chez moi, vous pouvez compter qu'il y aura mort d'homme,
» parce qu'il n'y a plus moyen que cela dure davan-
» tage, vous n'ignorez pas que ma petite fille qui a neuf
» ans est engagée dans vos amours avec ma femme. Vous
» le savez parfaitement. C'est elle qui mettait les affaires
» en place pour vous livrer passage. Vous n'ignorez pas
» que je ne mets pas votre piqueur de côté ; car, quand il
» est venu vous rejoindre à la barrière, vous lui avez
» demandé s'il y avait du nouveau, il vous a répondu que
» non ; de là il a pris la route et il s'est en allé à travers
» champs avec son chien. Là il a trouvé ma trace, ce qui
» l'a perdu, parce que j'avais fait un faux tour ; c'est là
» qu'il a crié : personne ! et que vous, vous êtes entré pour
» aller voir votre cocotte. Vous avez eu bien de la chance
» que les deux pieds m'ont parti parce que je vous tenais ;
» mais il fallait bien que vous soyiez pris quand même, vous
» avez eu bien de la chance que mes petits innocents d'en-
» fants dormaient parce que je vous aurais tué dans ma
» maison ; mais comme j'aime trop mes enfants, ça fait que
» j'ai préféré pas faire davantage de scandale. Vous n'igno-
» rez pas que notre femme est enceinte. Je dis notre
» femme parce qu'elle vous a toujours donné toutes ses
» amours. Et moi, pauvre c... de G..., on venait toujours
» me présenter le derrière à onze heures ou minuit quand

» ce bon Léon M... était reparti. J'en mets plus davantage,
 » parce que je suis trop à bout de penser qu'un M. M...
 » vient prendre la place d'un malheureux comme moi. Cet
 » enfant-là qu'elle porte, qui est-ce qui l'élèvera? Pas moi
 » bien sûr, parce que j'ai bien du mal à nourrir les miens.
 » Ce n'est pas pour nourrir les enfants de M. Léon M...»

Dans la seconde phase de sa maladie, nous retrouvons G... dans un état de vive excitation, en proie à des hallucinations qui revêtent le cachet de l'alcoolisme, puis tombant dès qu'il est soustrait à l'action de l'alcool, c'est-à-dire en quelques jours, dans un état d'hébétude, accompagné de tous les symptômes de la folie paralytique. Dès que nous découvrons ces nouveaux phénomènes, nous les trouvons d'emblée très marqués, si marqués que je ne croirais pas logique d'admettre qu'ils sont nés sous nos yeux. Mais à quelle époque peut donc remonter le début de la paralysie générale? Quelle relation y a-t-il, dans le cas particulier, entre le premier accès de lypémanie et la paralysie générale? S'agit-il ici d'un de ces cas rares de folie simple terminé par la folie paralytique? C'est la première idée qui vient à l'esprit; je ne crois pas cependant qu'il faille l'admettre si facilement. L'affection semble avoir présenté une marche continue. Les renseignements nous apprennent, en effet, qu'après son retour chez lui le malade est resté apathique, hébété et incapable de se livrer à aucune occupation; il est donc probable qu'il est parti de l'asile dans un état de rémission incomplète qui en a imposé d'autant plus facilement qu'il n'y avait aucun soupçon de lésion cérébrale organique et qu'on peut, d'ailleurs, ne pas trop se préoccuper d'une légère torpeur intellectuelle après un accès de lypémanie. On pourrait néanmoins déjà supposer, en présence de ces symptômes de dépression générale, que la paralysie générale existait à l'état latent chez G... au moment où il a été mis en liberté. Mais, pour moi, elle existait probablement lors de sa pre-

mière entrée, et voici de quelle manière j'analyserai les faits:

G..., par suite de ses nombreux excès alcooliques, ou par toute autre cause, était, au commencement de 1879, sous l'imminence de la paralysie générale. Déjà, en effet, son système nerveux était fâcheusement impressionné; il se plaignait d'une *céphalalgie* datant de deux ans, d'*insomnie*, de *faiblesse dans les jambes*; enfin, dans le courant de l'année 1879, l'alcool produit des phénomènes hallucinatoires, en même temps qu'il met en jeu la prédisposition morbide; mais l'accès de lypémanie masque le début de la paralysie générale qui, d'ailleurs, affecte pendant plusieurs mois une forme torpide, se traduisant par de l'apathie, de l'hébétude, de l'inaptitude au travail. On conçoit que cette forme, qui n'est pas très exceptionnelle, puisse échapper à toute perspicacité médicale, lorsqu'elle est dissimulée derrière les troubles intellectuels d'origine alcoolique. Puis, de nouveaux excès de boisson amènent un nouvel accès de lypémanie alcoolique qui, greffé sur l'affection préexistante et jusqu'alors peu avancée, lui imprime une marche rapide et nous la dévoile tout à coup avec un cortège de symptômes indiquant des lésions déjà anciennes et profondes. Dès que l'action de l'alcool, dans les deux phases de la maladie, a été épuisée, les idées de persécution ont disparu comme l'effet avec la cause. Restait la méningo-encéphalite à forme insidieuse au début, et, plus tard, avec ses symptômes les plus classiques.

Je ne vois donc, dans la maladie de G..., qu'une paralysie générale traversée par deux accès de folie alcoolique. — Quelle que soit, d'ailleurs, la manière d'interpréter les faits, l'observation présente un certain intérêt. Si, en effet, la paralysie générale a été primitive, elle a revêtu dans sa première période une physionomie particulière due à la coexistence de troubles intellectuels d'origine alcoolique; et si on veut la considérer comme secondaire, elle constitue une rareté pathologique.

73

ASILE DE VILLE-ÉVRARD. — M. ESPIAU DE LAMAESTRE,
DIRECTEUR, MÉDECIN EN CHEF.

Un cas de paralysie générale tardive

OBSERVATION RECUEILLIE PAR M. PHILIPPE REY, MÉDECIN ADJOINT

SOMMAIRE. — Homme. — Soixante-douze ans. — Attaque congestive en 1874, 1877, avec accidents paralytiques passagers. — Nouvelle attaque en juin 1880, agitation, affaiblissement des facultés intellectuelles, délire des richesses, embarras de la parole, inégalité pupillaire. — Mort. — Autopsie : Lésions macroscopiques de la paralysie générale.

Pag... Jean, âgé de soixante-douze ans, ancien représentant de commerce, né à Oberwbel (Prusse), entre le 17 avril 1882 à l'asile de Ville-Évrard. Les certificats qui accompagnent le malade sont ainsi conçus :

Du 9 avril 1882. *Affaiblissement progressif sénile des facultés intellectuelles ; diminution marquée de la mémoire ; idées confuses de fortune et de grandeur, divagations orgueilleuses ; sensiblerie ; actes inconscients.* — Signé : Legrand du Saulle.

Du 10 avril. *Est atteint de paralysie générale avec idées ambitieuses incohérentes, hésitation de la parole.* Signé : MAGNAN.

Le certificat immédiat du 18 avril porte : « *Atteint de démence paralytique, délire des richesses ; il possède plusieurs châteaux, inégalité des pupilles.* » — Signé : DE LAMAESTRE.

A son entrée dans le service, ce malade étant très faible, gâteux, et de plus porteur d'ulcères variqueux, a dû s'aliter. Il ignore le mois, l'année, hésite sur son âge, ne sait pas où il est, se trouve du reste très heureux ; il possède des domaines considérables ; il a 120,000 fr. de rentes, etc. Nous notons de l'embarras de la parole, du tremblement de la langue, qui est légèrement déviée à gauche. La pupille droite est un peu plus large.

Voici les seuls renseignements qu'il nous a été possible d'obtenir sur les antécédents de ce malade. Ils émanent d'une personne de sa famille. Pag... est atteint de sa maladie actuelle depuis la fin juin 1880. Mais le 2 novembre

1874, il eut une attaque suivie de paralysie incomplète du côté gauche, avec embarras de la parole. En janvier 1875, ces accidents avaient disparu. Une deuxième attaque, en décembre 1877, fut suivie des mêmes accidents passagers. Enfin une troisième attaque eut lieu en juin 1880. Celle-ci fut accompagnée d'agitation et des troubles intellectuels que nous constatons.

Le 9 mai, le malade a de la fièvre, de la diarrhée; il s'affaiblit rapidement et meurt le 13 du même mois.

Autopsie. — A l'autopsie, pratiquée trente-six heures après la mort, avec M. Manière, interne du service, nous trouvons les méninges cérébrales épaissies et opaques, avec des trainées et des plaques nacrées, plus étendues sur les lobes frontaux et le long de la scissure interhémisphérique. Il n'existe pas de suffusions sanguines; mais la pie-mère est vivement injectée. Des adhérences avec la couche corticale existent plus ou moins étendues, sur les circonvolutions frontales et sur les lobes sphénoïdaux, avec ramollissement profond de la substance grise et induration notable de la substance blanche. Liquide abondant dans les ventricules; granulations épendymaires nombreuses et très développées.

A la coupe, on ne trouve aucune trace de lésions en foyer.

Réflexions. — Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est l'âge du malade. Il s'agit bien ici d'une paralysie générale survenant chez un vieillard de soixante-dix ans, et à la suite d'attaques congestives répétées. Les cas de ce genre sont assurément très rares. Nous croyons même que quelques auteurs n'admettent pas la paralysie générale à cette époque de la vie. Le malade, ayant été soigné dans sa famille, n'a été soumis à notre observation que peu de temps avant la mort; nous n'avons pu obtenir de renseignements bien précis sur la marche de l'affection. Nous pensons cependant que l'état de démence a été, dans ce cas, plus précoce et plus profond que dans les cas ordinaires.

Médecine légale

LA FOLIE

DOIT-ELLE ÊTRE CONSIDÉRÉE COMME UNE CAUSE DE DIVORCE ?

Par M. le Dr BLANCHE
Membre de l'Académie de Médecine (1).

Messieurs, j'ai eu l'honneur d'être appelé devant la commission de la Chambre des députés chargée d'examiner la proposition de loi sur le divorce pour donner mon avis sur la question de savoir si la folie doit être considérée comme une cause de divorce. Ma réponse a été formellement négative. J'ai pensé que vous voudriez bien m'accorder quelques instants de votre temps pour vous exposer les motifs sur lesquels repose mon opinion.

La folie est assurément de toutes les maladies la plus cruelle, non seulement pour celui qui en est atteint, mais encore pour sa famille. — Il n'en est pas une autre qui, par ses conséquences, lui soit comparable. L'aliéné, incapable d'exercer ses droits et de pratiquer ses devoirs, est frappé de mort morale aussi longtemps qu'il est privé de la raison. — Si la science peut affirmer qu'il ne guérira jamais, pourquoi lui laisser dans la société une place qu'il

(1) Cette communication a été lue à l'Académie de Médecine dans la séance du 9 mai 1882.

ne pourra jamais y reprendre? Pourquoi la loi ne permettrait-elle pas de rompre de droit un lien qui est brisé de fait par la maladie?

Il est incontestable qu'il y a beaucoup de cas de maladies mentales dans lesquelles le médecin peut affirmer l'incurabilité; au point de vue de la condition de l'époux et de l'épouse, la seule dont j'aie à m'occuper ici, cette incurabilité peut devenir pour celui qui conserve sa raison la source des plus grandes douleurs.

Ce que je vais chercher à montrer, c'est 1^o que pour un grand nombre de ces cas, on pourrait éviter le malheur, si dans les projets de mariage les choses allaient moins vite qu'elles ne vont d'ordinaire, si les renseignements étaient pris plus sérieusement, et si on ne se laissait pas aveugler sur les questions de santé par des considérations de nom, de position et de fortune qui devraient être toujours subordonnées aux premières; 2^o que pour d'autres cas, également nombreux, la période de la maladie dans laquelle l'incurabilité est définitive, est relativement courte; et 3^o enfin que dans les circonstances où le malheur n'a pu être ni prévu, ni évité, les devoirs réciproques du mari envers sa femme et de la femme envers son mari, loin de pouvoir être considérés comme anéantis, deviennent au contraire plus grands et plus sacrés encore.

Les cas dans lesquels je dis que le malheur pourrait être évité, ce sont d'abord les affections congénitales telles que l'idiotie, l'imbécillité, la débilité intellectuelle, dont les symptômes ne peuvent échapper à des yeux qui veulent regarder et voir. Ce sont ensuite les affections héréditaires; celles-ci peuvent, il est vrai, avant d'éclater en crises de véritable aliénation mentale, ne se révéler que par une grande instabilité dans les idées, une excessive mobilité de sentiments et d'humeur, l'inaptitude à tout travail régulier et suivi, par des emportements, des bizarreries et des excentricités; mais ces signes, pris dans leur ensemble, si

on en méconnaissait toute l'importance, devraient tout au moins suffire pour provoquer des conseils, et comment admettre que leur gravité pourrait échapper à des observateurs éclairés ? Le péril ne manquerait pas d'être signalé, et on pourrait ne pas s'y exposer.

Parmi ceux qui l'affrontent, il en est qui sont déterminés par les motifs les plus honnêtes et les plus respectables, et ceux-là ne se plaindront jamais, quoi qu'il arrive; mais il en est d'autres qui cèdent à des mobiles d'un ordre différent.

Un jeune homme s'est préparé par ses études soit à une profession libérale, soit à l'industrie, soit au commerce; il n'a pas d'argent, il lui faut une dot. On lui propose une jeune fille appartenant à une famille riche, mais dans laquelle il y a eu des cas d'aliénation mentale; la jeune fille est elle-même nerveuse, bizarre; assurément il y a lieu de s'inquiéter pour l'avenir. Les médecins disent en effet, que la folie est souvent héréditaire, mais enfin elle ne l'est pas nécessairement, et qui pourrait affirmer que cette jeune fille est destinée à devenir folle ? Si elle le devient, on la soignera, on la guérira; et si elle ne guérit pas ?

Aujourd'hui, cette perspective est de nature à inspirer de salutaires réflexions et peut-être à empêcher le mariage, mais avec le divorce, plus d'obstacles; le mari redevenu libre pourra se remarier. Le divorce ne serait-il pas dans ces cas, qui sont loin d'être rares, un encouragement à de honteuses et immorales spéculations, et ceux qui les font, au mépris de sages conseils et en parfaite connaissance des périls auxquels ils s'exposent, méritent-ils que la loi les autorise à rompre une union dont ils auront retiré tous les profits matériels qu'ils en attendaient, et dont il leur plaît ensuite de répudier les charges et les devoirs ?

Je passe maintenant aux cas dont la durée est relativement courte lorsque l'incurabilité est devenue définitive et sans possibilité de rémissions.

Ces cas constituent le groupe des paralysies avec lésions encéphaliques.

Sans établir ici, ce qui serait inutile, eu égard à l'objet de ce travail, le diagnostic différentiel entre la paralysie générale progressive à type classique et d'autres affections cérébrales, ses parentes plus ou moins proches par la similitude de quelques-uns de leurs symptômes, sinon par leur marche et leur mode de terminaison, on peut dire de toutes les maladies de ce groupe qu'elles sont incurables, si par incurables on entend qu'elles ne peuvent jamais aboutir à une guérison réelle et durable; mais elles traversent des phases de rémission, de guérison apparente et momentanée, avant d'arriver à la période où l'incurabilité est définitive, où ces retours d'intervalles lucides ne sont plus possibles, et alors la maladie a presque atteint son terme et les jours du malade sont comptés.

Une extrême réserve est donc commandée au médecin pendant la plus grande partie de la durée de ces maladies, au point de vue des mesures légales.

Tel paralytique, à la suite d'une longue série de crises d'agitation et de délire, redevient calme et lucide au point qu'il est en état de rentrer dans sa famille et de reprendre l'exercice de sa profession; mais il a été déclaré incurable, et sur cette déclaration, sa femme a obtenu le divorce. Il ne peut plus rester à l'asile, et il n'a plus de domicile, plus d'intérieur.

Mais, même arrivé à cette période où le mal n'aura plus d'interruptions, le malade n'aurait-il cependant pas encore beaucoup à perdre au divorce? Il ne peut pas guérir, il ne peut plus avoir d'intervalles de lucidité; la paralysie est complète; on a certainement le droit de le maintenir dans l'asile, il n'a plus d'ailleurs un long séjour à y faire, et si l'on attend sa mort, il ne faut plus qu'un peu de patience; mais si ce malade a une femme dévouée, alors même que des circonstances indépendantes de sa volonté la force-

raient à laisser son mari dans l'asile, elle l'y visitera, elle veillera toujours sur lui, et lui apportera les témoignages de son affection; si elle peut le ramener dans sa maison, elle le reprendra pour le soigner elle-même? N'adoucirait-elle pas ses derniers jours? Car enfin, si bien traité qu'il soit, je puis bien dire que dans sa famille il sera l'objet de soins encore plus tendres. J'ai été et je suis encore souvent le témoin de ces dévouements qui se complaisent aux besognes les plus pénibles, et qui puisent dans le bien qu'elles font une joie intime et une inaltérable sérénité. S'il n'y avait dans le monde que de ces femmes de devoir et de cœur, le divorce ne serait pas à redouter pour les pauvres malades; ce ne sont pas elles qui y auront jamais recours, mais il en est d'autres; je n'insisterai pas; la faiblesse humaine est grande et on doit y être indulgent, mais qu'au moins la loi ne lui donne pas d'encouragement!

Examinons maintenant d'autres formes de maladies mentales qui sont le plus souvent incurables, dont quelques-unes ne le sont pas nécessairement, et dont d'autres ne le deviennent souvent d'une façon définitive qu'après de nombreuses rémissions.

L'épilepsie, surtout lorsqu'elle est compliquée de troubles de la raison, est le plus souvent au-dessus des ressources de l'art, et cependant, il n'est pas de médecin qui n'ait obtenu des guérisons. En outre, les attaques peuvent ne se produire qu'à des distances très éloignées les unes des autres, et laisser au malade de longs intervalles de bonne santé.

La manie, la monomanie, la mélancolie, la lypémanie, lorsqu'elles sont passées à l'état chronique, et surtout lorsqu'elles présentent des symptômes de démence, n'offrent que peu de chances de guérison, alors même qu'elles ne sont pas compliquées de lésions cérébrales. Il serait cependant téméraire de prétendre que ces malades ne guéris-

sent jamais, et dans ma pratique, j'en ai vu un certain nombre qui ont guéri.

J'ai connu une dame atteinte de lypémanie qui est restée quinze ans dans une maison de santé. Pendant ce long laps de temps, elle avait perdu son mari; on avait dû faire prononcer son interdiction; ses filles avaient été mariées; incessamment absorbée dans son délire, on la considérait comme incurable. Elle a guéri, et depuis bien des années, elle se maintient dans un état de parfaite raison, elle a repris sa place dans sa famille et dans le monde. Que fût-il advenu, si au lieu d'avoir à lui annoncer qu'elle était veuve, on eût dû lui dire : votre mari n'est pas mort, mais il n'est plus votre mari; il a divorcé et il est le mari d'une autre; vous ne portez plus son nom; c'est une autre qui le porte !

Tous les médecins ont observé de ces guérisons tardives et presque inespérées; elles ne sont assurément pas fréquentes, mais ne suffit-il pas qu'elles soient possibles et qu'il y en ait des exemples pour montrer les terribles effets du divorce sur ces malades considérés comme à jamais frappés de mort morale, et dont le retour à la raison serait un malheur si grand que l'on ne sait si on ne devrait leur souhaiter de la perdre de nouveau.

Il est une autre névrose appelée folie circulaire, ou à double forme, ou à double phase, qui est, elle aussi, le plus habituellement incurable, et qui, par la durée très variable et parfois très longue des accès d'agitation et de dépression, comme aussi des périodes de rémission, qui la caractérisent, peut donner également lieu à des erreurs de pronostic dont les conséquences seraient funestes.

Je me rappelle avoir été consulté pour un de ces malades qui atteint d'abord d'un accès de dépression mélancolique, suivi d'une rémission de plusieurs années, était dans une crise d'agitation maniaque avec délire orgueilleux durant déjà depuis plus de deux ans. On n'était pas d'accord sur

la nature du mal, et d'aucuns et des plus expérimentés prononçaient le mot de paralysie générale et d'incurabilité. Je ne fus pas de cet avis et déclarai que cette crise n'était qu'une phase d'une folie circulaire, et que, si longue qu'elle fût déjà, il fallait attendre avant de se prononcer, et avant de recourir à des mesures légales qui, si elles étaient légitimes en tant que réclamées par de graves intérêts en souffrance, pourraient, d'un autre côté, avoir de fâcheuses conséquences sur le moral du malade, s'il redevenait lucide. Mon opinion prévalut. Deux années s'écoulèrent encore sans que l'agitation se calmât et sans que le délire disparût. La confiance des parents commençait à s'ébranler : la situation ne pouvait s'éterniser ainsi sans compromettre la fortune de toute la famille. Enfin, la crise cessa. Le malade qui s'était couché le soir en pleine agitation et en plein délire, s'était endormi vers le milieu de la nuit, et le lendemain il se réveillait calme et raisonnable. Quelques jours après, il rentrait chez lui, heureux de se retrouver avec sa femme et ses enfants. Il a vécu encore plusieurs années, et est mort sans avoir eu de nouvel accès.

Que serait-il advenu, cette fois encore, si la femme, convaincue de l'incurabilité de son mari, avait divorcé et s'était remariée ? Le malade guéri, ce n'était pas le bonheur qui l'attendait, c'était le désespoir !

— Encore quelques mots et j'aurai fini.

Le divorce peut être demandé d'un commun accord par les deux époux, ou par l'un d'eux seulement, l'autre y mettant opposition. Dans le premier cas, le divorce serait prononcé sans débats; dans le second, il y aurait nécessairement procès et plaidoiries contradictoires. Mais l'aliéné, par cela seul qu'il est aliéné et sans même qu'il soit interdit, ne peut faire un acte quelconque qui soit légalement valable; or, si une demande en divorce était introduite contre lui, alors même qu'on le lui aurait fait donner, son consentement serait nul. Par conséquent, dans

toutes les demandes en divorce intéressant un aliéné, le procès serait inévitable. L'aliéné ne pouvant pourvoir par lui-même à sa défense, celle-ci serait confiée soit d'office, soit par des membres de sa famille, à un avoué et à un avocat.

Les pièces de la procédure lui seraient communiquées, mais il ne serait capable ni de les comprendre, ni peut-être même de les lire; il recevrait la visite de ses défenseurs, mais il ne pourrait avoir avec eux des entretiens utiles.

Supposons qu'il perde son procès et que le divorce soit prononcé.

Quelques mois, quelques années plus tard, il guérit, et il se trouve divorcé, sans même le savoir.

On me dira que les choses se passent ainsi quelquefois dans l'interdiction. C'est vrai. L'interdiction, nécessitée par les motifs les plus légitimes, peut avoir été obtenue alors que le malade avait la raison trop complètement troublée pour avoir connaissance et conscience de la mesure prise à son égard et dans son intérêt. Mais le jour où l'aliéné est rentré en possession de sa raison, il peut demander à la justice de le remettre également en possession de ses droits en prouvant qu'il est guéri, et qu'il peut être relevé de son interdiction sans danger pour lui ni pour autrui.

Il ne pourrait en être de même pour le divorce.

Le divorce est une mesure irrévocable, et l'aliéné contre lequel il aurait été accordé serait irrémédiablement frappé.

Voilà, messieurs, les considérations sur lesquelles je me suis appuyé pour combattre l'amendement qui proposait de déclarer que la folie pût être une cause de divorce.

Mes honorables confrères, MM. les docteurs Charcot et Magnan, ont émis une opinion conforme à la mienne, et la commission a repoussé l'amendement. J'espère qu'il sera également repoussé par le Parlement.

Dans le cours d'une carrière déjà longue et consacrée tout entière aux aliénés, j'ai toujours eu pour principal but de les soulager dans leurs souffrances; aujourd'hui qu'ils sont menacés d'une nouvelle aggravation de malheur, combien je me féliciterais si j'avais pu contribuer, pour ma modeste part, à les en préserver, eux dont le sort est déjà si misérable et si digne de pitié !

Législation

ORGANISATION

DE LA CLINIQUE DES MALADIES MENTALES

ET DE

L'ASILE SAINT-NICOLAS

A SAINT-PÉTERSBOURG

LA LÉGISLATION RUSSE SUR LES ALIÉNÉS

Par M. le Dr G. MARCHANT

Professeur de la faculté de médecine de Paris,
ancien interne des hôpitaux de Paris et de l'asile d'aliénés
de Braqueville,
médecin inspecteur adjoint des asiles publics d'aliénés
de la Seine, etc., etc.

Pour apprécier le degré de perfectionnement de la tutelle accordée aux aliénés dans un pays, il faut faire appel à deux ordres de preuves : 1^o connaissance exacte de la législation en vigueur ; 2^o organisation locale des établissements d'aliénés.

Pendant nos différents voyages en Italie, en Belgique et en Hollande, nous avons toujours consacré quelques heures à la visite des maisons de santé : nous avons recueilli ainsi plutôt des impressions que des notes, laissant à des observateurs spéciaux la mission de signaler l'organisation particulière de ces établissements. Mais pendant un voyage que nous avons fait en octobre dernier en Russie, M. Foville, inspecteur général des asiles d'aliénés, nous invita à

visiter les établissements d'aliénés de Saint-Petersbourg pour les faire connaître en France. C'est le résultat de ces visites que nous publions, autant pour céder au désir exprimé par notre maître et ami, que pour justifier la confiance que nous a accordée M. le préfet de police, en nous nommant inspecteur adjoint des asiles publics d'aliénés de la Seine, en souvenir de notre père le Dr Marchant, le créateur de l'asile de Braqueville (Haute-Garonne).

ASILES D'ALIÉNÉS DE SAINT-PÉTERSBOURG ET CLINIQUE
DES MALADIES MENTALES

Il y a, à Saint-Petersbourg, cinq maisons de santé consacrées au traitement de l'aliénation mentale, deux *asiles militaires* et trois asiles civils, les asiles de *Saint-Nicolas*, de *Tous les Saints*, et d'*Alexandre*.

Nous avons visité deux de ces asiles, un asile militaire et un asile civil, ces deux établissements résumant l'ensemble des perfectionnements apportés dans l'installation matérielle des aliénés.

Grâce aux recommandations amicales de l'amiral de Lessowski, ancien ministre de la marine russe, et du général Sturler, aide de camp général de l'empereur, grâce à l'obligeance de notre confrère le Dr Ebermann, de Saint-Petersbourg, qui nous a accompagné dans toutes nos visites, nous avons reçu partout l'accueil le plus flatteur.

A. — *Institut clinique des affections nerveuses
et des maladies mentales.*

La clinique des maladies mentales est annexée à l'académie de médecine militaire : M. le professeur Mierzejewski, bien connu en France par ses travaux sur le système nerveux, en est l'aimable et accueillant directeur, en même temps qu'il est chargé de l'enseignement.

La clinique des maladies nerveuses comprend deux catégories de malades : 1° *des aliénés*; 2° *des nerveux, des médul-*

laïres non privés de raison. — Ces deux classes de malades sont séparés, quoique abrités sous le même toit. En un mot, *il y a une chaire des maladies nerveuses, et une chaire des maladies mentales*, ce qui existe depuis très peu de temps à Paris, où nous avons l'enseignement de l'asile Sainte-Anne (maladies mentales), et l'enseignement de la Salpêtrière (affections nerveuses) : à Saint-Petersbourg il y a un seul professeur pour ces deux variétés d'affection.

La clinique des maladies mentales comprend 400 malades : 70 hommes et 30 femmes. Bien que ce soit là un théâtre d'enseignement, les familles riches y mettent très volontiers leurs parents *aliénés*, car la société moins exclusive que la nôtre, en ces sortes de choses, n'ignore pas que le personnel traitant réunit toutes les conditions d'honorabilité et de savoir.

Le personnel enseignant se compose du médecin en chef professeur-directeur qui a le grade de général, et est logé dans la maison : il reçoit 10,000 francs environ d'honoraires : il a comme aides deux assistants dont les appointements peuvent être évalués à 4,000 francs chacun.

Le professeur fait deux leçons par semaine : il a à son service tous les moyens d'étude dont dispose actuellement la science, et ce n'est pas sans une certaine satisfaction que le Dr Mierzejewski nous a fait successivement parcourir la salle d'exploration des malades (où nous avons remarqué des appareils pour enregistrer les pulsations, des cloches pour soumettre des mélancoliques à la respiration du protoxyde d'azote, etc., etc.); puis le laboratoire d'histologie, d'anatomie pathologique, la salle de gymnase, la salle des cours. — A notre grande émotion, nous nous retrouvons ici en pays de connaissance : tous les murs sont couverts de planches représentant les travaux de Charcot, de Duret, de Luys, etc., sur l'encéphale ; on se croirait volontiers à la Salpêtrière, école dont M. Mierzejewski se fait d'ailleurs honneur d'être l'élève.

Les aliénés sont répartis dans trois sections : 1^o *aliénés tranquilles*; 2^o *demi-agités* 3^o *agités*.

L'installation est variable, suivant le degré d'agitation du malade : on a utilisé pour ces aménagements des bâtiments anciens, dont on a certainement tiré le meilleur parti possible; mais le reproche d'*insuffisance et d'incommodité* qu'on adresse en France à beaucoup de vieux hospices transformés en asiles, et qui devraient tous disparaître, pourrait être appliqué à la clinique des maladies mentales de Saint-Pétersbourg : aussi ne décrivons-nous pas minutieusement les chambres des malades demi-agités, les dortoirs des malades tranquilles; insistons cependant sur les cellules des agités. Ces cellules sont spacieuses puisqu'elles ont plus de 4 mètres 50 dans tous les sens; elles sont lambrissées, chauffées et ventilées suivant les règles de la meilleure hygiène. Le parquet *imperméable* ne se laisse pas imbibier par les urines ou autres matières, et le nettoyage en est facile. Les malades y sont enfermés dans la journée, recevant la lumière par en haut; enfin le soir, au moment du coucher, un lit mobile et un canapé sont transportés dans la cellule. Ce système des *lits mobiles* ne semble pas avoir d'inconvénients; en France, nous avons souvent vu les directeurs-médecins préoccupés de fixer solidement ces couches, lesquelles sans cette précaution étaient brisées ou retournées de fond en comble par les agités. Enfin ces cellules sont séparées d'un grand *promenoir couvert* où se trouvent les agités non en cellule, par un vestibule, pièce intermédiaire destinée à étouffer les cris.

Il n'est pas un directeur-médecin d'*asile public français* qui n'ait à cœur de montrer aux visiteurs qu'il n'y a plus dans son établissement que peu de camisoles de force : eh bien ! nous sommes heureux d'affirmer que ce grand progrès est réalisé aussi en Russie, et c'est en vain que nous avons cherché un aliéné camisolé : mais on n'a pu obtenir ces mesures de douceur qu'en augmentant le personnel des

surveillants, et nous nous souvenons que, pendant notre visite dans ce quartier des agités, chaque fois qu'un aliéné s'approchait de nous, il était maintenu par un infirmier ou une infirmière. Il y a là un enseignement à répéter, bien qu'il soit vulgaire en France.

Une *infirmerie*, qui constitue une quatrième section, section *d's malades faibles*, est annexée au service des hommes et des femmes; nous avons remarqué là un système particulier de lit en fer, très bas, avec ailes latérales démontables, qui permet aux impotents d'être placés sur le lit, sans aucun effort, en s'asseyant pour ainsi dire; puis les ailes du lit relevées, ils ne peuvent pas tomber.

A chaque section sont affectés une salle à manger, un salon, et enfin une salle de bains. Pour parer aux accidents qui résulteraient pour les malades de la mise à leur portée des robinets, on a placé ces robinets au pied de chaque baignoire dans une petite caisse en bois dont le chef baigneur a la clef: tous ces détails paraissent minimes, mais ils sont pour nous le témoignage de la vigilance éclairée de l'administration: d'ailleurs ceux d'entre nos lecteurs qui ont dans les ailes la lourde charge des responsabilités savent que chaque jour ils sont préoccupés par ces petits détails.

Des lavabos communs se trouvent dans chaque section: les water closets sont constamment irrigués par des jets d'eau continus: *chaque malade qui va au water closet est accompagné par un gardien*.

Nous avons dit un mot du personnel; il se répartit de la façon suivante: 2 infirmiers pour les 70 hommes; 15 infirmières pour les femmes; le personnel féminin est sous la surveillance de *dames surveillantes*.

Des rondes de nuit sont organisées toutes les heures, et le directeur-médecin doit vérifier tous les jours sur *des montres de contrôle*, l'exactitude de ces rondes.

Un parloir pour les familles, des jardins d'été et des

jardins d'hiver dans lesquels les malades travaillent, une bibliothèque comprenant environ 300 volumes, des jeux de billard, des pianos, sont le complément de luxe de cette installation.

A cet institut clinique des maladies nerveuses et mentales, est annexée une salle dans laquelle sont placés les *malades*, dits *en observation* ; ils sont l'objet d'une surveillance de tous les instants : *des feuilles d'observation imprimées* sont tenues *au courant, jour par jour*, des incidents pathologiques fournis par les aliénés. « C'est là une *obligation stricte*, nous disait le professeur Mierzejewski, non seulement pour les malades en observation, mais aussi pour tous les aliénés séquestrés, *qui ne sont pas incurables*. » Nous avons pu vérifier quelques dossiers de malades, et nous avons constaté avec quel soin ces prescriptions étaient exécutées.

Enfin, la nourriture est commune pour toutes les différentes catégories de malades.

B. — Visite à l'établissement d'Alexandre.

Cette importante maison a été fondée par le czar défunt Alexandre II, et sous le patronage du prince héritier, aujourd'hui Alexandre III.

L'asile est situé à onze verstes de Saint-Petersbourg (1) ; aussi dit-on couramment d'un individu qui perd la raison : « Il devrait bien être envoyé à la onzième verste ; » locution qui répond à celles usitées en France, de *Petites-Maisons*, de *Charenton*, de *Braqueville*, variables suivant les départements et les noms des asiles.

La route de Saint-Petersbourg à l'asile d'Alexandre est des plus agréables, toute plantée de hauts peupliers, bordée à droite et à gauche par de charmantes constructions en bois, à type variable, à demi cachées par des arbres touffus.

(1) La verste répond à un peu plus d'un kilomètre.

C'est là que se réfugient pendant les chaleurs de l'été les familles qui désertent Saint-Pétersbourg, et c'est le plus grand nombre.

Mais nous voici arrivés en quelques instants, grâce aux bons chevaux du Dr Ebermann.

Devant nous se dressent à droite et à gauche une série de bâtiments en bois, disposés en rectangle : nous reconnaissons, dans la disposition de ces coquettes constructions, les plans adoptés en France dans ces vingt dernières années pour la construction des asiles à pavillons isolés. L'asile d'Alexandre date de dix ans : il réalise l'ensemble des réformes d'installation adoptées en Russie pour les asiles d'aliénés.

Nous pénétrons dans une avenue de haute futaie : à gauche, un petit bâtiment pour le concierge et le pope. A droite, la grande et belle habitation du directeur-médecin : ce dernier, M. le Dr Nikiforoff étant souffrant, nous sommes reçus par les Dr^s Ezlinski et Dimitrieff, qui, avec une complaisance extrême, vont nous conduire pendant deux longues heures à travers tous les coins et recoins de la maison.

L'asile comprend 220 malades, moitié hommes, moitié femmes : il reçoit des malades de tous les gouvernements (lisez départements) de la Russie, bien qu'il y ait dans chaque gouvernement un asile spécial.

Le personnel médical comprend le directeur-médecin en chef, les deux assistants qui sont docteurs, et qui reçoivent environ 3,000 francs chacun (4,200 roubles) plus le logement, le chauffage, l'éclairage, la nourriture, etc. : ils ont sous leurs ordres les *aides chirurgiens* (1). A l'asile

(1) Cette institution n'existe pas chez nous : ce sont des infirmiers instruits, intelligents, ayant passé deux ans à l'académie militaire de Saint-Pétersbourg ; ils sont organisés militairement. On les trouve dans tous les établissements de l'Etat et ils sont suffisamment instruits pour prendre des tempéra-

d'Alexandre, ceux-ci reçoivent environ 4,200 fr. (360 roubles), et ils sont logés, éclairés, nourris et habillés, etc.

La construction est symétrique, rectangulaire : à droite, de l'avenue du milieu s'échelonnent cinq bâtiments, deux à droite, deux à gauche d'une grande avenue, symétriques et parallèles; le dernier est placé à l'extrémité de l'avenue, entre les deux dernières constructions parallèles. A gauche, la symétrie des constructions se répète : le lecteur a deviné que d'un côté se trouvent les hommes, du côté opposé les femmes.

Au centre de ces constructions régulières, se trouvent deux grands bâtiments : le bâtiment, dit de l'administration, occupé par les différents services et leurs employés respectifs qui y sont tous logés : en face, la cuisine intermédiaire aux quartiers des hommes et des femmes.

Visitions un quartier et nous aurons une idée de l'ensemble; tous ces quartiers sont à deux étages : ils sont occupés par différentes catégories de malades, *les agités*, *les demi-agités* et *les tranquilles* : le luxe de l'installation varie suivant le prix de pension (41 payé par le malade, la classe sociale à laquelle il appartient. Chaque chambre renferme au plus deux malades : vous retrouverez dans cet aménagement tout le confortable de nos beaux asiles :

tures, écrire sous la dictée du médecin en chef des observations; ils exécutent toutes les prescriptions médicales.

Le Dr Winsdoff, médecin en chef de l'hôpital militaire principal de Saint-Petersbourg, nous a donné tous ces renseignements. C'est là, pendant une visite, que nous avons vu à l'œuvre ces aides du médecin ou du chirurgien, qui sont toujours subordonnés à l'autorité médicale. On comprend les services que de pareils aides, qui ne peuvent pas prétendre à des fonctions plus élevées, rendent dans les hôpitaux et surtout dans les ambulances. C'est une école d'infirmiers disciplinés !!

(4) Le prix de pension varie : certains malades sont à la charge de leur famille, d'autres, à la charge de l'empire. Les premiers, au nombre de 420 environ, payent 60 roubles par mois (480 fr. environ); pour les seconds, au nombre de 400, l'empereur paye 20.000 roubles (environ 60.000 fr.) par an.

des salles de bain, des salons de jeu, de lecture; de beaux jardins sont mis à la disposition des malades.

Il y a cependant certains vices que nous n'avons pu nous expliquer : dans les cellules nous avons remarqué des grillages en fil de fer ; nous avons été effrayé aussi par des escaliers dont on pouvait facilement escalader la rampe et se jeter dans le vide, et lorsque nous exprimions nos craintes, au sujet de ces moyens de suicide offerts à des cerveaux inconscients, on nous répondait : « Il n'est jamais arrivé d'accident. » Faut-il admettre des formes de délire différentes de celles que nous observons dans nos pays ? N'est-il pas plus sage de croire que jusqu'ici nos collègues ont été heureusement ménagés par le sort ? Enfin signalons comme dernière défectuosité *l'éclairage par le pétrole* (1), *l'absence d'une salle d'hydrothérapie, la situation de la lingerie au dessus de la cuisine*, etc., etc.

Un excellent ordre, une discipline militaire règnent dans tous ces quartiers : le personnel est des mieux dirigés : indépendamment d'un aide chirurgien, il y a par quartier un surveillant en chef et un plus ou moins grand nombre d'infirmiers. Dans la section des agités qui comprenait 24 malades, il y avait huit infirmiers; chez les demi-agités, six domestiques par 24 malades ; enfin dans la section des tranquilles il y a dix infirmiers pour 40 malades environ.

Nous appelons toute l'attention de nos lecteurs sur ce point : il est bien de chercher à apporter d'utiles améliorations à la loi de 1838, mais une réforme des plus nécessaires s'impose dans nos asiles : il faut accroître le personnel surveillant.

(1) L'asile d'aliénés de Meerenberg, situé aux environs de Harlem (Hollande), possède une grande usine à gaz que nous avons visitée; elle fournit l'éclairage, non seulement à l'asile, mais aussi aux environs. Les avantages de tout ordre qui résultent de cette installation, font désirer que nos asiles français soient munis un jour de cette installation.

Ainsi seront prévenus ces abus, ces luttes de malades avec infirmiers, qui reviennent périodiquement, et passionnent trop souvent la presse ; ainsi encore sera, non diminuée, mais supprimée l'agitation, car l'aliéné qui est tenu en respect par deux ou trois infirmiers ne cherche pas à engager une lutte. — Pour recruter au service des aliénés un personnel suffisant, il faut l'instruire, le bien rémunérer de sa tâche pénible, et enfin assurer son avenir. — Tout le monde est d'accord sur ce point : j'abats peut-être des cartes déjà tombées, mais on ne peut trop insister pour la généralisation de ces réformes. A l'asile d'Alexandre, les infirmiers sont bien payés, bien nourris, bien logés : ils ont droit à une retraite.

Pour ne plus parler du personnel surveillant, un dernier détail : après le repas des malades, une moitié des infirmiers prend ses repas dans un réfectoire voisin de la cuisine ; puis vient le tour de la seconde moitié. On n'a pas à craindre ainsi que les infirmiers ne se réservent une part de la nourriture destinée aux malades, comme cela a pu se produire dans certains asiles.

De vastes jardins entourent l'établissement : les malades peuvent être occupés aux travaux agricoles ; mais l'organisation du travail par atelier n'existe pas, en raison de la situation sociale des malades : c'est à coup sûr un desideratum à combler, par *une mesure* qui amène une diversion dans l'esprit des malades.

Une ferme comprenant 14 vaches est annexée à l'établissement.

Nous sommes peut-être très fiers de notre instruction primaire. Eh bien ! j'étonnerai quelques lecteurs, en leur apprenant qu'à l'établissement est attaché un instituteur primaire qui doit instruire les enfants de tout le personnel de l'administration, et aussi les enfants de tout le district.

On nous pardonnera tous ces détails dans lesquels nous

sommes entrés : ce n'est que par la comparaison qu'il est possible de se corriger et de se perfectionner.

En résumé, Saint-Petersbourg possède, au point de vue de l'enseignement des affections mentales, tous les moyens d'instruction dont nous jouissons à Paris. Les aliénés trouvent aussi dans cette ville, et certainement dans tout ce grand empire, l'intérêt, la protection, les soins physiques et moraux qu'on leur accorde dans les pays les plus civilisés.

II. LA LÉGISLATION RUSSE ET LES MALADIES MENTALES

Nous allons étudier maintenant la législation russe dans ses rapports avec les maladies mentales. Grâce à la complaisance amicale de deux de nos élèves à l'école pratique de la Faculté de médecine, MM. Zwolf et Spolianski, de nationalité russe, j'ai pu consulter les travaux qui traitent cette question. C'est la traduction des différents points de cette législation que je vais donner, sous une forme un peu sèche et aride comme, d'ailleurs, celle de tous les articles de lois.

La loi civile russe reconnaît les genres suivants d'aliénation mentale : « Sont réputés insensés ceux qui n'ont pas » la raison saine depuis leur première enfance » (tome IX, partie 1, art. 263).

D'après l'article 366 sont dits « fous, ceux dont l'aliénation » résulte des causes accidentelles. L'aliénation, constituant » une maladie, qui est portée parfois jusqu'à la fureur, » pourrait nuire aux malades et à la société; elle exige » donc une surveillance particulière. »

L'article 1016 veut que les testaments soient faits par des personnes jouissant de leur pleine raison et de leur mémoire, et l'article suivant (1017) ajoute : « Par conséquent » sont nuls les testaments 1° des insensés, des fous et des

» aliénés, quand ils sont faits dans une période d'aliénation mentale; 2^o de ceux qui se sont suicidés. »

Un aliéné ne peut pas se marier; d'après l'article 37, « un mariage fait avec une personne atteinte d'aliénation ou entre deux aliénés est nul. Leurs biens sont mis en tutelle » (article 367 et dern. art. de la 4^{re} part. du tome X).

« Les aliénés sont représentés devant les tribunaux par leurs parents ou tuteurs » (art. 49 du Code civil). D'après l'article 371 du Code civ. ne sont pas admis comme témoins « ceux qui sont convaincus d'être aliénés, ainsi que ceux qui, par suite d'un dérangement des facultés mentales, sont soumis à un examen ou traitement médical, par ordre des autorités compétentes. »

Pour tous les préjudices et dommages causés par des aliénés, « sont responsables ceux qui, aux termes de la loi, sont obligés d'exercer une surveillance sur eux » (art. 654, 4^{re} part., tome X).

La non-efficacité de leurs actions juridiques résulte dans la pratique judiciaire de l'article 700, part. 4^{re}, tome X, d'après lequel l'acquisition des droits n'est valide que lorsqu'elle est basée sur le consentement mutuel et le libre arbitre, c'est-à-dire sur des facultés dont les aliénés sont privés.

La loi pénale admet le dérangement des facultés mentales comme une raison de non-responsabilité; d'après le point 3 de l'article 40 du code des peines infligés par les juges de paix : « Tout acte commis n'est pas considéré comme crime en cas de démence, de folie ou d'accès d'une maladie pouvant entraîner la fureur ou la perte complète de conscience. » — Dans les articles 94, 99, 96, 97 du code pénal, ce principe est développé dans tous ses détails et il y est question, en outre, d'exemption de toute peine pour les enfants au-dessous de sept ans qui, par cela même, ne peuvent pas avoir une notion suffisante de leurs actes.

Il en est de même pour les somnambules, qui, par suite

de troubles nerveux, n'agissent plus en pleine conscience, et pour les gens auxquels la vieillesse et la décrépitude ont fait perdre leurs facultés mentales.

D'après l'article 13 (point 1) du code des peines infligées par les juges de paix et le point 4 de l'article 134 du code pénal, « la faiblesse d'esprit est regardée comme circonstance atténuante pour l'accusé. »

D'après l'article 704, point 1, ne sont pas admis comme témoins devant le tribunal criminel les insensés et les fous, et d'après l'article 706 (point 3) peuvent être admis, mais non sous la foi du serment, « les faibles d'esprit qui ne » comprennent pas la sainteté du serment. »

D'après les articles cités plus haut on peut voir que la loi russe reconnaît plusieurs genres d'aliénation (démence, folie, délire, vieillesse, somnambulisme), sans établir toutefois une distinction nette entre eux.

Elle les considère, d'une manière générale, comme une maladie, qui amène la perte de la raison et la non-responsabilité.

C'est aux médecins, et à leur examen que s'adresse la loi pour savoir si la maladie existe réellement. Mais les formalités à remplir pour l'examen sont différentes, selon le but qu'on veut atteindre : soit qu'il s'agisse de déterminer la capacité civile d'un individu et de le mettre en tutelle, avant qu'il ait commis quelque acte répréhensible; soit qu'il faille définir sa responsabilité criminelle; soit qu'il soit question de la validité d'un acte civil d'une personne, qui n'a pas été mise en tutelle.

Dans le premier cas, c'est-à-dire le cas de mise en tutelle, l'examen se fait par l'administration médicale (1) en

(1) L'administration médicale russe est une institution dépendant de la régence. Elle vise toutes les affaires du gouvernement (département), qui ont un rapport quelconque avec la médecine, et le que les examens médico-légaux, les anthropologies, l'hygiène publique, la surveillance des pharmacies, etc.

présence de la régence du gouvernement (1) ou en présence des institutions qui la remplacent, telle qu'une commission se composant du gouverneur, du vice-gouverneur, du président de la chambre civile et de l'avocat général.

Suivant le rang social de l'individu soumis à l'examen, sont appelés à faire partie de la commission un ou deux maréchaux de la noblesse (2), ou bien le président du conseil municipal avec un ou deux membres du corps des magistrats et, pour les employés et les fonctionnaires de divers départements, les délégués de ces départements. Il faut ajouter que tous ceux qui assistent à l'examen ont le droit de vote.

Conformément à l'article 373, l'examen consiste en une appréciation exacte des réponses aux questions posées, concernant les matières ordinaires et la vie domestique.

Après l'examen on rédige un procès-verbal qui, excepté les cas où les gens examinés sont des paysans, est présenté au sénat (3) pour le jugement définitif. Dans le cas où l'individu en question est reconnu comme fou ou comme insensé, on le met en tutelle (art. 376).

Le chef de cette administration ou inspecteur est nommé par le pouvoir central et est obligé de posséder le titre de docteur en médecine.

(1) La régence du gouvernement est un centre par lequel passent toutes les affaires administratives et de police du gouvernement. Le gouverneur est le président obligé de la régence.

(2) Les maréchaux de la noblesse sont élus par les nobles. Il en existe un pour chaque district et un pour le gouvernement entier. Il a différentes fonctions : il est président du Zemstvo (conseil général), de la chambre de tutelle de la noblesse, etc. En général, il représente la noblesse dans tous les cas où il s'agit de ses intérêts. Il est l'intermédiaire entre la noblesse et l'empereur.

(3) Le Sénat russe est la plus haute institution de cassation. Il se divise en quatre départements : département des affaires de blason, département des affaires de bornage, département des affaires civiles, département des affaires criminelles. Il promulgue toutes les lois et tous les arrêtés de sa Majesté. Les sénateurs sont nommés par l'empereur.

Il en est tout autrement dans le second cas, celui de la responsabilité criminelle.

Le juge d'instruction par lui-même, une fois qu'il a conçu des doutes sur l'état des facultés mentales du prévenu, peut suspendre l'instruction et demander la remise de l'affaire par l'intermédiaire de l'avocat général, à la cour d'assises, qui prescrit l'examen.

L'examen se fait en présence du tribunal (mais sans les jurés) par l'inspecteur (chef) de l'administration médicale, assisté de deux médecins. Quoique, aux termes de la loi, l'examen devrait consister, comme dans le cas précédent, en des questions concernant les matières ordinaires et la vie domestique, la pratique judiciaire ne s'en tient pas toujours strictement aux prescriptions de la loi, et le tribunal envoie souvent le malade pour l'observation dans les établissements d'aliénés. Si l'aliénation mentale du prévenu est prouvée, l'affaire est renvoyée.

Dans le cas contraire, l'affaire est mise en jugement. Mais l'accusé a le droit de soulever de nouveau la question de l'état de ses facultés mentales devant le jury, parce que, d'après l'article 652 du code pénal, « sur la demande des » parties intéressées ou sur celle des jurés, ou bien en vertu » de sa propre autorité, le tribunal peut prescrire un nouvel » examen. »

Enfin, en troisième lieu, vient le cas où l'on a à se prononcer sur la valeur d'un acte civil, accompli par une personne, qui n'a pas été mise en tutelle.

Jusqu'en 1869, toutes les actions intentées par des gens qui n'avaient pas été reconnus par le sénat comme des fous ou des insensés, passaient pour valables. Mais à cette époque, à propos l'affaire Massoloff, le Sénat a émis l'opinion : « que l'absence d'un certificat formel, attestant chez un » individu quelconque le dérangement des facultés intellec- » tuelles, n'ôte pas le droit et la possibilité de prouver par » d'autres moyens que la personne en question se trouvait,

» au moment de l'accomplissement de l'acte, dans un état
» mental anormal. »

Depuis lors, les tribunaux civils soulèvent souvent la question de l'aliénation mentale et usent, pour la prouver, des mêmes moyens que les tribunaux criminels.

La seule différence qui existe entre les cas civils et les cas criminels, différence qui dépend surtout du caractère de la jurisprudence civile, c'est le moyen même de recueillir les données et d'en délibérer. Les parties civiles seules ont le droit de recueillir tous les renseignements, et la solution de la question de la maladie mentale ne peut avoir lieu que pendant le jugement.

Il ne nous reste que quelques mots à dire de la situation des experts vis-à-vis du tribunal et de la portée de leurs conclusions pour le tribunal et pour le jury.

L'expertise se fait en Russie dans des conditions très favorables. Elle n'est point gênée par la loi pour définir les symptômes de la maladie et pour conclure de telle donnée à tel symptôme ; elle peut par conséquent décider l'existence ou l'absence d'une maladie, en se conformant avec le dernier mot de la science.

Puisque, dans la définition de la maladie, le médecin est le seul juge compétent, son opinion devrait, semble-t-il, être obligatoire pour le tribunal.

Mais, en réalité, ce n'est pas comme cela. Non seulement le tribunal et le jury peuvent, d'après la loi, ne pas accepter l'opinion des experts, mais même le juge de l'instruction peut repousser leur opinion dans le cas où il doute de la justesse de l'interprétation des symptômes trouvés.

En concluant, disons que la législation russe a le mérite de ne pas entrer dans les subtiles définitions de la maladie mentale et de l'état de la maladie, qui admet la responsabilité ; elle ne différencie pas l'état qui dispense de la responsabilité criminelle de celui qui ôte la capacité civile. Mais cette législation, en reconnaissant tous les

troubles intellectuels comme une maladie et en s'adressant pour l'explication de ces questions aux représentants des sciences médicales, ne rend pas leur opinion obligatoire pour le jury et pour le tribunal.

Nous allons examiner rapidement une dernière question, pour la solution de laquelle nous n'avons obtenu des renseignements qu'avec difficulté.

Quelles sont les formalités à remplir pour faire admettre un malade dans une maison de santé ?

Chaque famille dont un des membres est imbécile ou aliéné est tenue de le déclarer aux autorités.

Lorsqu'un aliéné est placé volontairement par sa famille dans un asile, il est soumis à un examen médical.

A côté de ces *placements volontaires*, il y a les *placements d'office* par l'autorité, toujours après avis médical : mais lorsque l'imbécile ou le dément n'a pas commis de délit, il ne peut être envoyé par ordre de l'autorité dans un semblable établissement que sur la demande de ses parents, de son tuteur ou curateur, ou de ses héritiers. A l'inverse, si ces personnes plaçaient le malade, sans enquête préalable, dans une maison de santé, le directeur de la maison a le devoir de porter immédiatement le fait à la connaissance du gouverneur de la province, par l'entremise de l'autorité médicale locale (368, t. X, c. 2).

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 27 MARS 1882

Présidence de M. DALLY.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le Dr Solivetti, de Rome, sollicitant le titre de membre associé étranger.

Cette demande est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Falret, Paul Moreau (de Tours) et Paul Garnier.

2° Une lettre de M. le Dr Giraud, de l'asile de Fains, posant sa candidature au titre de membre correspondant.

L'examen de cette candidature est soumis à une commission composée de MM. Lunier, Foville et Christian.

M. MOTET fait part d'un télégramme annonçant l'accident dont a été récemment victime M. J. Gray, de New-York, blessé par un des aliénés de son asile. A cette occasion, la Société charge son secrétaire général d'adresser à M. J. Gray les témoignages de la plus vive sympathie.

La correspondance imprimée comprend :

1° *La rason de la sin rason*, n° du 4^{er} mars.

2° *Bolletino del manicomio privato* (Fleurent).

3° *L'art dentaire*.

M. MOTET communique à la Société le projet de loi sur les aliénés criminels, présenté au parlement italien et donne lecture des articles les plus importants.

M. BILLOD fait remarquer, à ce propos, qu'il a été mis au courant, à son récent passage à Rome, des parties essentielles du nouveau projet qu'il trouve incomplet sur certains points :

il a du reste signalé les principales lacunes à M. Depretis qui lui a demandé de rédiger une note à cet égard.

M. A. VOISIN. — Au sujet des hallucinations unilatérales liées à une lésion de l'oreille moyenne et particulièrement de l'observation présentée à la dernière séance par M. Régis, je tiens à faire remarquer que, dès 1868, j'ai publié dans le *Bulletin de thérapeutique* (n° du 15 décembre) deux observations qui ont également rapport à ces faits.

Dans les deux cas il s'agissait de troubles hallucinatoires visuels avec idées de persécution que j'avais rattachés à une affection oculaire dont ces deux malades étaient atteints ; opérés et guéris de cette maladie de l'organe de la vision, les hallucinations disparurent également.

Prix Belhomme et Aubanel.

M. LEGRAND DU SAULLE annonce à la Société qu'il a, dès maintenant, en mains le titre de rente 3 p. 400 de 300 francs destiné à assurer le prix Belhomme.

Après un court échange d'observations entre MM. Lunier, Legrand du Saulle et Dally, on s'accorde pour décider implicitement qu'il y aura lieu de nommer une commission à l'effet de régler un programme de concours pour ce nouveau prix. Quant au prix Aubanel, la commission actuelle, dont le rapport sera lu à la prochaine séance, pourra bien émettre des vœux sur les conditions qui devront régler le prochain concours, mais la Société se réserve de statuer en dernier ressort.

Auscultation de la parole à la surface du crâne.

M. PAUL MOREAU (de Tours). — Messieurs, vous avez bien voulu me charger de vous rendre compte d'un mémoire que vous a adressé le Dr Roberto-Adriani, médecin-directeur du manicomio de Pérouse. Les faits rapportés par notre savant confrère étant, je crois, complètement nouveaux, je ne puis avoir la prétention de vous imposer une appréciation toute personnelle, et je me bornerai à vous esquisser à grands traits les points principaux de ce travail.

Chacun sait qu'en appliquant la main sur la tête d'une personne qui parle, on perçoit une vibration dont l'intensité varie avec la volubilité des paroles, intensité qui

atteint son maximum chez le maniaque. Se basant sur ce fait, le Dr Adriani fut conduit à rechercher comment les paroles se transmettaient à l'oreille de l'observateur, à travers les parois du crâne. L'auscultation de la tête, employée exclusivement à la recherche des souffles vasculaires, céphaliques, des râles nasaux et des murmures respiratoires, n'a été jusqu'à présent utilisée que chez les enfants et encore sans grande application pratique. Laënnec, Roger, Whitney ont bien signalé ces phénomènes de la résonnance de la voix au travers des parois du crâne, mais ni eux, ni leurs successeurs, parmi lesquels il convient de citer Guttman, Niemeyer et Woillez n'ont songé à mettre à profit ce phénomène pour l'étude clinique des maladies cérébrales.

Le Dr Adriani ne veut pas exagérer l'importance de l'auscultation de la tête dans le diagnostic de ces maladies, mais le peu qu'il lui a été donné d'observer lui fait entrevoir qu'il y a là réellement quelque chose dont on pourra tirer parti. Certes, cette auscultation reconnaît de prime abord des difficultés qu'on ne pourra vaincre qu'avec le temps et l'habitude, et pour n'en citer qu'une, la grande résonnance de la voix qui empêche d'entendre les nuances: mais il suffira de faire parler à voix basse pour tourner cet écueil.

Le point où la transmission de la parole se fait le plus distinctement se trouve à l'occiput et particulièrement au-dessus et au-dessous de la protubérance occipitale.

Les phénomènes de *logophonie céphalique* et de *céphaloquie aphonique* (tels sont les noms que propose le Dr Adriani pour dénommer la transmission de la parole à travers les parois du crâne) sont mieux perçus par l'application directe de l'oreille sur le crâne, que par l'auscultation médiate, utile cependant lorsqu'on veut délimiter et circonscrire nettement un point.

En prenant les précautions nécessaires, si on fait parler un individu, on remarquera que toutes les voyelles prononcées à haute voix s'entendent nettement, et qu'à voix basse, la lettre *i* se perçoit à peine, que les consonnes, et en particulier les consonnes palatines et dentales, sont entendues beaucoup moins distinctement que les voyelles.

La quantité plus ou moins considérable de cheveux influe également sur la netteté de la transmission de la voix, dont l'intensité varie encore suivant que les narines sont

ouvertes ou fermées, suivant la forme et l'amplitude de la voûte palatine. De plus, l'auscultation est bien plus nette chez l'homme que chez la femme, chez l'adulte que chez l'enfant.

Les observations faites sur trois cent vingt-neuf individus, cent neuf sains d'esprit, et deux cent vingt aliénés, ont permis au Dr Adriani de distinguer une céphaloquie aphonique normale, une céphaloquie aphonique exagérée, une céphaloquie aphonique amphorique, une céphaloquie aphonique faible, peu distincte ou nulle.

Quittant le champ de l'expérience, notre confrère arrive aux hypothèses théoriques :

La parole se transmet-elle uniquement par les parois osseuses? se transmet-elle aussi par la masse encéphalique? Puis, étant admis que la transmission a lieu par la boîte osseuse, peut-on, des modifications apportées dans la perception de la transmission du son, préjuger de l'état de densité plus ou moins considérable de la masse cérébrale?

Ce sont là, messieurs, des questions qui se sont tout d'abord posées à l'examen de l'observateur. Les nombreuses expériences qu'il a faites à ce sujet, les différentes hypothèses qu'il passe en revue, ont été en grande partie négatives et ne lui permettent pas de donner une théorie satisfaisante du mode de transmission de la parole à l'encéphale.

À l'avenir est réservé de démontrer le rôle que l'auscultation céphalique peut jouer dans la clinique des maladies cérébrales. Il a paru intéressant au Dr Adriani de signaler dès à présent à l'attention du monde savant le résultat des recherches qu'il vient de faire et il espère que de nouvelles expériences seront entreprises sur cette question dont l'importance n'échappera à personne.

Rapport de candidature.

M. MOTET, sur la présentation du professeur Tamburini, pose la candidature de MM. les Drs Riva et Seppilli, au titre de membre associé étranger, et présente à l'appui les ouvrages suivants adressés à la Société :

1° *Paralisi generale a forma senile con aneurismi miliari della corteccia*, par les Drs G. Seppilli et G. Riva ;

2° *Sopra un caso di atrophia del cervelletto*, par le Dr Seppilli.

3° *Sull' azione della poseiamina e sul suo valore terapeutico nelle malattie mentali*, par les D^{rs} G. Seppilli et G. Riva.

4° *Recherche sul sangue dei pazzi pellagrosi*, par le D^r Seppilli.

5° *Contributo allo studio della sifilide cerebrale. — Arterite sifilitica cerebrale con emiplegia destra da trombosi delle arterie lenticulo striate*, par le D^r Seppilli.

6° *La sifilide cerebrale in rapporto alle malattie mentali* Revue critique (D^r Seppilli).

7° *I Riflessi tendinei negli alienati* (D^r Seppilli).

8° *Quattro casi di forti abassamento di temperatura in alienati con anemia ed edema cerebral* (D^r Seppilli).

9° *Contributo allo studio delle malattie accidentali dei pazzi* (D^r Seppilli).

Du D^r G. Riva :

1° *Sulle elevazioni di temperatura nelle fasi di aggravamento della paralisi progressiva.*

2° *Emiepillezzia, emiparesi, emianestesia, Lesione del crampo corrispondante alla zona motrice.*

3° *Contributo allo studio delle malattie accidentali dei pazzi.*

4° *Della alterazione del pigmento corioideo negli alienati.*

5° *Note cliniche su di un caso de stupore intermittente.*

Sur le rapport oral de M. Motet, dont les conclusions sont vivement appuyées par M. Billod qui saisit cette occasion de rendre hommage aux aliénistes italiens, à leur ardeur pour le travail, à la bonne tenue de leurs asiles, tous faits qu'il a constatés dans le cours de sa mission scientifique en Italie, MM. Riva et Seppilli sont élus membres associés étrangers à l'unanimité des membres présents.

De la responsabilité légale des faibles d'esprit (suite).

M. MOTET. — Messieurs, vous avez reçu de M. Parant, de Toulouse, membre correspondant de notre Société, un travail des plus intéressants, et qui se rapporte à l'une des questions les plus délicates, les plus difficiles qui puissent être soumises aux médecins légistes. J'avais conçu le projet de traiter à mon tour cette question devant vous, mais à mesure que je préparais les éléments de cette communication, je voyais s'étendre de plus en plus le champ de cette

étude ; le temps me manquait pour vous l'apporter complète, je ne vous en présenterai que les grandes lignes.

M. Parant, consulté par la cour d'appel de Toulouse sur l'état mental d'un sieur C..., prévenu d'attentats à la pudeur, a fait précéder et suivre son rapport de considérations générales sur la responsabilité des faibles d'esprit. Les cas de ce genre se présentent fréquemment à nous : ils supposent un examen approfondi, non pas seulement de l'acte incriminé, des circonstances dans lesquelles il a été commis, mais encore de la vie tout entière du prévenu.

Les débilités mentales, en effet, comportent une infinie variété de degrés ; entre l'imbécillité confirmée et la simple paresse intellectuelle, il y a place, nous ne dirons pas pour des types divers, mais pour des catégories nombreuses, ayant entre elles un lien étroit ; elles peuvent différer du plus au moins, elles sont reconnaissables toujours à des caractères communs qu'il importe de mettre en relief.

Morel, avec sa grande finesse d'observation, avait fait aux influences héréditaires la part qui leur revenait dans ces anomalies intellectuelles. Son traité des dégénérescences consacrait le principe déjà formulé dans ses études cliniques. Mais, on peut dire que si, là, comme toujours, il s'était montré un maître dans l'analyse, il avait eu des devanciers dans la formule de la loi d'hérédité. M. P. Lucas, dans son livre, avait entrevu toutes les conséquences que Morel démontrait par des faits d'observation. M. Moreau (de Tours), dans « Un chapitre oublié de la pathologie mentale, » prélude de son livre *la Psychologie morbide*, avait été plus loin et plus haut encore ; M. Delasiauve, dans son *Journal de médecine mentale*, avait, lui aussi, magistralement étudié ce sujet. De telle sorte qu'aujourd'hui, on peut suivre dans cette voie que des maîtres ont ouverte, et tirer parti des données de leur expérience.

Qui de vous, messieurs, n'a rencontré de ces êtres aux apparences brillantes, facilement accueillis dans le monde qui se laisse séduire par des dehors trompeurs ? Quelques aptitudes, une vaniteuse confiance en soi, suffisent bien souvent à masquer la plus complète insuffisance. Et comme ces individus subissent les entraînements les plus irréfléchis, si le hasard les a servis, ils peuvent avoir dans leur passé des actions d'éclat, qui leur donnent une réputation de courage, voire même d'héroïsme, que l'on serait mal venu

à contester. Et si l'on pénètre plus avant dans leur vie, on y trouve les plus singulières défaillances, l'instabilité dans l'esprit, le décousu dans les actes, les lacunes profondes qui pour nous sont significatives. Un des plus curieux exemples que nous en puissions donner est le suivant ; nous l'avons observé ensemble, M. le Dr Blanche et moi.

Un jeune homme, appartenant à une famille distinguée, très en vue à Paris, s'est toujours fait remarquer par la bizarrerie de ses actes. Incapable de toute occupation sérieuse, il a vécu non pas seulement inutile, mais nuisible par son esprit aventureux. Il a l'enthousiasme facile et se lance tête baissée dans les entreprises les plus folles. Il engage sa signature, sans réfléchir qu'il ne dispose de rien, il ne pense pas qu'il compromet son nom, celui de sa famille. Il a ainsi perdu des sommes relativement considérables, et n'en a pas souci. En 1874, il s'engage comme volontaire dans l'armée formée à Versailles pour reprendre Paris sur la Commune. Il se conduit avec une bravoure qui a failli lui coûter la vie dans des circonstances étranges. Son bataillon était aux buttes Montmartre; il se détache d'un cordon de tirailleurs, va de l'avant sans souci du danger et il arrive le premier, et seul, sur la butte que les insurgés ont quittée. Il est souillé de poussière, les mains noires de poudre, et quand les soldats arrivent, il paraît tellement extraordinaire qu'il ait ainsi devancé tout le monde, qu'on le prend pour un insurgé, qu'on l'arrête, et qu'on allait lui faire un mauvais parti, si, en le fouillant, on n'avait pas trouvé sur lui une lettre constatant son identité et le recommandant à l'un des généraux de la division. Ce jeune homme d'un entrain si courageux, si brillant, a depuis donné mille preuves de la plus complète insuffisance. Incapable de s'arrêter à aucun parti, tour à tour associé à un fabricant de vélocipèdes, puis acheteur d'une quantité considérable de produits alimentaires, il devient éperdument épris d'une femme à la mode, accepte auprès d'elle un rôle douteux, et annonce à sa famille qu'il veut l'épouser. Jusqu'alors son père avait essayé de le ramener par ses conseils; effrayé des conséquences de ces nouveaux projets, auxquels son fils ne veut pas renoncer, il demande son interdiction.

C'est alors que M. le Dr Blanche et moi, nous sommes chargés de l'examiner. Nous trouvons un jeune homme

inerte, passif, négligé dans sa tenue, presque malpropre, dans un milieu aux habitudes distinguées, il n'a pas plus de souci du soin de sa personne que du respect de son nom. L'avenir n'existe pas pour lui, il s'accommoderait presque du présent, s'il ne rencontrait pas d'obstacle à ses volontés. Sa conversation est puérile, son abaissement intellectuel énorme. Il n'y a chez lui que des instincts, et quand ils sont éveillés, aucune considération ne l'arrête. Il n'est pas méchant, il accepte avec une docilité enfantine les conseils qu'on lui donne, et qu'il oublie vite. Il ne discute pas, il ne saurait s'élever jusqu'à un raisonnement; notre visite ne l'émeut ni ne l'étonne, il n'en comprend pas l'importance. Convaincus de son infériorité intellectuelle, nous avons exprimé l'avis qu'il y avait lieu de le sauvegarder par une mesure judiciaire contre les entraînements auxquels il est incapable de résister. Chez ce jeune homme, la débilité mentale s'accuse par l'instabilité dans les idées, il n'y a pas de délire, il y a une absence de jugement et de raisonnement. C'est un incomplet, fils d'une mère névropathique; son développement physique a été régulier, le développement intellectuel ne s'est pas fait parallèlement; c'est un homme avec l'instabilité du caractère de l'enfant.

Voici un autre fait; pour celui-ci nous avons eu à l'étudier, M. le Dr Blanche et moi, à la suite d'un délit commis par un jeune homme appartenant, lui aussi, à une excellente famille. Le rapport médico-légal que nous avons rédigé, et le certificat que M. le Dr Blanche donna pour l'admission dans un asile, vous mettront à même de juger la situation.

Rapport médico-légal. — Commis par ordonnance de M. Delahaye, juge d'instruction près le tribunal de la Seine, en date du 25 février 1879, à l'effet d'examiner, au point de vue de l'état mental, le nommé B... Jean-Jules-Edmond-Marcel, inculpé de vol, et de dire s'il doit être considéré comme responsable de l'acte qui lui est reproché, nous soussignés, docteurs en médecine de la Faculté de Paris, après avoir prêté serment, avoir pris connaissance des pièces du dossier, avoir longuement et à deux reprises interrogé l'inculpé, et avoir recueilli des renseignements sur ses antécédents de famille et personnels, avons consigné le résultat de nos investigations et de notre examen dans le rapport suivant :

B... Jean-Jules-Edmond-Marcel, né à Figeac (Lot), âgé de vingt-cinq ans, actuellement sans profession, demeurant à Paris, appartient à une famille dans laquelle on compte plusieurs cas d'aliénation mentale et d'affections nerveuses. Son père a succombé à une maladie pendant laquelle il a eu la raison profondément troublée; un de ses proches parents est mort à la maison de Charenton; son grand-père, sa grand'mère et une grand'tante, ainsi qu'une cousine, du côté de son père, étaient connus pour leur originalité et leurs excentricités et présentaient des désordres du système nerveux.

Dès sa première enfance, on remarqua chez B... des signes non équivoques de ces mauvaises prédispositions héréditaires, et malgré les soins affectueux dont il a toujours été l'objet, on n'a pas réussi à détruire chez lui les effets de ce vice congénital. A peine âgé de quelques mois, il avait déjà des colères inquiétantes par leur fréquence, leur longueur et leur intensité; il était dans un état constant de surexcitation qui altérait sa santé générale, et on ne l'éleva que grâce à des précautions exceptionnelles. Il était si délicat et si nerveux qu'on le garda longtemps dans la maison paternelle et qu'on ne le mit que très tard au collège.

D'une pétulance et d'une turbulence excessives, d'une intelligence peu ouverte, incapable d'attention et d'application, il était rebelle au travail et ne montrait d'aptitude que pour les exercices corporels. Lorsque la guerre éclata, il avait seize ans et demi; il était fort peu avancé dans ses classes. Sans écouter aucun conseil, il s'engagea; enfermé dans Paris pendant le siège, il se conduisit bravement. La guerre terminée, il rentra au collège, reprit ses études, et parvint très difficilement à se faire recevoir bachelier.

Depuis, il a été successivement auxiliaire au ministère des Finances, attaché à la Trésorerie d'Afrique, et enfin commis à l'Administration centrale. Sa conduite, dans ces différents emplois, semble avoir été plutôt régulière, mais dans sa vie privée, il a toujours témoigné d'une grande inconsistance dans ses idées et d'un défaut d'équilibre dans ses facultés.

Ainsi que nous l'avons déjà dit, B... n'est pas intelligent; si l'on ne peut le considérer absolument comme un faible d'esprit, c'est tout au moins une tête extrêmement

légère ; une idée lui traverse le cerveau ; si étrange soit-elle, il l'accepte sans réflexion, sans jugement ; ses désirs sont tout aussi impérieux ; il ne peut leur opposer aucune résistance, et ce n'est qu'après les avoir satisfaits qu'il en reconnaît les dangers, alors qu'il n'a plus qu'à en regretter les conséquences. Au collège, il n'a jamais pu se soumettre à la discipline, et ni les remontrances, ni les punitions, n'avaient d'effet sur son caractère impétueux et désordonné. Dans sa famille, il a toujours été un sujet de préoccupations et de soucis ; la sollicitude la plus éveillée était impuissante contre ce que l'on appelait ses *coups de tête* ; jamais avec lui une heure de tranquillité et de confiance ; alors qu'il semblait être le plus calme, il partait, disparaissait, et lorsqu'au retour on l'interrogeait, il répondait simplement qu'il ne pouvait s'expliquer à lui-même ce qu'il avait fait, qu'il avait cédé à un entraînement irrésistible : au milieu de la conversation la plus paisible, ses yeux devenaient hagards, ses paroles incohérentes, et il perdait toute conscience de lui-même. Souvent, pour les motifs les plus futiles, il avait des colères terribles, proférant des menaces, brisant tout ce qui lui tombait sous la main. En même temps, et bien qu'il n'ait jamais eu devant les yeux que les meilleurs exemples et que son éducation ait été fondée sur les préceptes de la moralité la plus scrupuleuse, B... donnait des preuves d'une absence complète de sens moral, froissant, sans s'en douter, les sentiments les plus respectables, ne craignant pas, par exemple, de demander à ses parents des meubles pour une femme avec laquelle il vivait, s'étonnant que cette demande ne fût pas accueillie, et ne pouvant comprendre qu'on en fût froissé.

Ainsi qu'il arrive souvent, on espéra que le mariage serait un remède à ce désordre d'esprit et de conduite, que l'affection d'une femme dévouée, les devoirs d'abord d'époux, puis de père de famille, contiendraient cette effervescence et auraient un effet salutaire.

Cet espoir a été déçu. Depuis qu'il est marié, B... n'est pas devenu plus raisonnable ; il continue à être sujet aux mêmes emportements ; le prétexte le plus insignifiant provoque chez lui des colères folles, il crie, il brise, il menace de se tuer, de se jeter par la fenêtre. Ses facultés affectives ne se sont ni modifiées, ni améliorées ; il semble toujours aussi étranger aux sentiments les plus naturels et les plus

respectables; il n'a d'autre loi que ses goûts et ses désirs; le mal aussitôt accompli, il le déplore, il en exprime un grand repentir, non à la façon d'un homme qui mesure la gravité de sa conduite, cette notion ne peut pénétrer dans son esprit, mais comme un enfant qui a été pris en faute; s'il a sur le moment même l'intention sincère de ne pas en commettre de nouvelles, ce bon mouvement ne dure pas, et le souvenir en est promptement effacé. Et il ne peut en être autrement, parce que B..., quoique arrivé à l'âge adulte, est encore un enfant, intellectuellement et moralement: il obéit à ses instincts sans que sa débile raison puisse les contrôler et les réprimer; ses facultés affectives et morales sont oblitérées; il a déjà fait des actions qui eussent pu avoir pour lui de sérieuses conséquences, il est légitime de craindre qu'il en fera de plus graves encore, mais nous ne saurions lui en attribuer la responsabilité. Nous considérons B.. comme n'étant pas dans un état de santé d'esprit qui lui laisse la libre disposition de sa volonté et lui permette de se diriger convenablement lui-même. Aussi, en le déclarant irresponsable, nous ajoutons qu'il aurait besoin d'être soumis à une surveillance qui le protégerait contre sa propre faiblesse et contre des entraînements dont il n'est pas le maître.

.. En foi de quoi nous avons rédigé le présent rapport pour valoir ce que de droit.

A. MOTET.

BLANCHE.

Paris, 27 mars 1879.

Certificat médical. — Je soussigné, docteur en médecine de la Faculté de Paris, certifie que le nommé B....., Jean-Jules-Edinond-Marcel, né à Figeac (Lot), âgé de vingt-cinq ans, marié, sans profession, demeurant à Paris, rue Jacob, est atteint de débilité intellectuelle avec perversion des facultés morales et affectives, et accès d'excitation maniaque. Au mois de février dernier, j'ai été commis avec M. le Dr Motet à l'effet de constater l'état mental de B..... qui était prévenu de vol commis au Jardin d'acclimatation.

Dans les conclusions de notre rapport, en déclarant B..... irresponsable, nous exprimions la crainte qu'il ne se laissât de nouveau aller à faire des actes compromettants ou dangereux, dont il n'aurait pas davantage la responsabilité, et nous déclarions qu'il devrait être soumis à une surveillance

qui le protégerait contre sa propre faiblesse et contre les entraînements dont il n'est pas le maître. Sur ce rapport, il intervint une ordonnance de non-lieu, et B..... allait être placé dans une maison de santé spéciale lorsque la mort de son beau-père, décédé dans le Midi, fit surseoir à cette mesure. Après avoir terminé divers arrangements de famille, B..... devait quitter Paris, hier dimanche, en compagnie de sa grand'mère et de sa femme, lorsque samedi soir il a été arrêté sous l'inculpation d'outrage public à la pudeur.

J'ai longuement interrogé B..... aujourd'hui au Dépôt de la préfecture de police, et je l'ai trouvé absolument inconscient, tant de la gravité de la faute qui lui est reprochée, que de la situation qu'il a ainsi créée à lui-même et à sa famille; évidemment il est hors d'état de contrôler et de réprimer ses instincts, il ne jouit pas de sa liberté morale, et il est incapable de se gouverner convenablement lui-même. Je n'hésite pas à déclarer que B....., Jean-Jules-Edmond-Marcel, est atteint d'un trouble des facultés intellectuelles qui le prive de la responsabilité de ses actes, et qui exige son placement dans une maison de santé spéciale.

En foi de quoi j'ai délivré le présent certificat pour valoir ce que de droit.

Paris, le 28 avril 1879.

BLANCHE.

Ici, messieurs, l'influence de l'hérédité s'accuse de la manière la plus évidente; je n'ai pas besoin de faire ressortir devant vous l'inconséquence de la conduite d'un homme qui, sous le coup de poursuites judiciaires pour vol, au lendemain de notre intervention, au milieu des angoisses de sa famille, se laisse surprendre en flagrant délit d'outrage public à la pudeur sous les arcades de la rue de Rivoli, dans l'un des lieux les plus fréquentés de Paris.

Je pourrais multiplier à l'infini ces exemples, et chacun de ceux que je vous citerais porterait avec lui son enseignement; en voici encore un particulièrement intéressant: la question de la responsabilité est difficile à trancher, et le médecin expert a le devoir, dans ces cas, de montrer toutes les déficiences de l'intelligence; et si, en présence d'actes qui comportent une véritable préméditation, il ne lui est pas possible d'affirmer l'irresponsabilité, il doit faire valoir les motifs qui justifient une large atténuation.

X..., dont le passé est des plus honorables, appartient à une excellente famille de province. Il a toujours vécu près d'elle, aidant son père dans l'exercice de sa profession depuis plusieurs années, et dans ces derniers temps surtout, il s'était montré particulièrement dévoué, en raison du mauvais état de la santé de son père.

Nous n'avons pas pu recueillir de renseignements précis sur les antécédents pathologiques des ascendants. Tout ce que nous savons, c'est que la mère de X... est une femme d'un tempérament nerveux, mais elle a toujours été d'un esprit droit et ferme, et n'a jamais présenté de bizarreries du caractère. Le père était un homme laborieux, d'une intelligence moyenne, suffisant parfaitement aux exigences de sa profession.

X... n'a pas eu de maladie grave dans l'enfance : son développement physique a été régulier, mais le développement intellectuel a été tardif. A l'école primaire, il n'apprit que péniblement à lire et à écrire. L'esprit lent, le caractère un peu bizarre, il était le jouet de ses camarades. On le plaça dans une institution particulière; là, on prit plus soin de lui, il fit quelques progrès, et comme il arrive souvent chez les faibles d'esprit, il montra des aptitudes spéciales pour le dessin et la sculpture. Sa famille avait pensé à le faire entrer dans une école d'arts et métiers; ce projet fut abandonné. — X... avait grandi très vite, sa santé était délicate, il était sujet à des névralgies, à des syncopes. — L'anémie était entretenue chez lui par des pratiques de masturbation, qu'il avoue, qu'il a conservées, et qui n'ont pas peu contribué aux accidents nerveux, aux bizarreries d'un caractère de plus en plus fantasque, instable. A seize ans, il aida son père dans ses travaux avec le plus grand dévouement. Sans amis, vivant à l'écart, il était regardé dans sa petite ville, où tout le monde le connaissait, comme un original. Plusieurs fois il dépassa même les bornes de l'originalité. Un jour, entre autres, il avait fait une longue course à pied; il avait l'habitude de marcher très vite; se trouva-t-il fatigué, eut-il une syncope comme il lui arrivait souvent? nous n'avons pas pu éclaircir ce point. Dans tous les cas, il affirme qu'il perdit connaissance, qu'il ne sait pas combien de temps il resta ainsi. Il revint à lui, rentra à la maison paternelle, et raconta une histoire d'agression qui mit tout le monde en émoi.

On fit des recherches, on ne retrouva pas traces d'une lutte à l'endroit indiqué par lui; quelques jours après, il avoua qu'il n'y avait rien eu de semblable. Ce fut là un de ces mensonges comme les enfants les préparent parfois avec un luxe de détails, une sincérité apparente qui peuvent conduire à de courtes mais regrettables erreurs. Chez un jeune homme de dix-huit ans, ce fait est significatif d'une débilité mentale qui l'assimile à l'enfant.

C'était du reste un des côtés frappants du caractère de X...; il était souvent d'une puérilité extrême dans ses amusements, dans ses déterminations; il était d'une instabilité d'esprit sans égale, passant par des découragements profonds, et par de vaniteuses exagérations. Cet état s'aggrava à la mort de son père, et à la suite des difficultés dont elle devint la cause.

Tout dernièrement s'est produit l'acte pour lequel X... a été poursuivi.

Le tirage de la loterie algérienne avait eu lieu la veille : les journaux avaient porté en province la liste des numéros gagnants. X... en avait une dizaine, et parmi eux, il s'en trouvait un qui ne différait que par deux chiffres de l'un des gagnants d'un lot de dix mille francs. « Sans réfléchir aux conséquences, dit-il, je grattai deux chiffres sur l'un de mes billets, avec des ciseaux à broder je découpai sur un autre billet les chiffres qui manquaient, et je les collai avec un peu de gomme à leur place. Je fis avec de l'encre une tache derrière le billet ainsi préparé pour qu'on ne vît pas la substitution, et j'envoyai ce billet à mon frère dans une lettre. »

Le frère se présenta à Paris, aux bureaux, où on ne s'aperçut de rien. Ce ne fut qu'à la caisse centrale qu'on reconnut que le billet avait été payé quelques heures auparavant : on y regarda de plus près, et on constata la falsification. Le frère fut conduit chez le commissaire de police, il prouva son entière bonne foi, en produisant la lettre d'envoi, mais X... fut arrêté et amené à Paris.

Pris en lui-même, l'acte incriminé ne pouvait être considéré comme l'acte d'un aliéné. Il ne répondait pas à l'une de ces déterminations soudaines que la volonté est impuissante à réprimer. Il supposait par les préparatifs, par l'habileté de l'exécution, par les conditions d'esprit même de X..., aux prises avec des embarras d'argent, un calcul.

Les mobiles étaient immédiatement saisissables, et nous ne pouvions pas dire que l'auteur de cet acte n'en était pas responsable.

Mais les antécédents de l'inculpé nous autorisaient à insister sur les déficiences de l'intelligence et du caractère; nous n'avions pas affaire à un faussaire ordinaire, et dans notre rapport nous avons montré que ce jeune homme était resté par bien des côtés un grand enfant. Nous nous sommes demandé s'il avait agi avec un discernement complet, s'il avait eu bien nette la conscience de la valeur morale de l'acte qu'il avait commis. Nous avons conclu que « dans l'appréciation du degré de responsabilité qui incombe à X..., il y avait lieu de tenir compte de la débilité mentale que nous avons constatée. » Les magistrats ont accepté notre opinion et X... a bénéficié d'une ordonnance de non-lieu.

Ces faits d'une appréciation souvent si délicate, si difficile, ne sauraient être jugés sans la connaissance exacte de tout le passé. Il n'est pas permis de présenter à leur sujet une formule générale, avec la prétention qu'elle pourra s'appliquer à tous les cas. Il faut étudier chaque fait isolément; et si cela est vrai dans toutes les expertises médico-légales relatives à la folie, cela est vrai surtout dans l'examen des débilités mentales, où chaque individu, tout en appartenant à un type classique, n'en a pas moins son caractère propre. Et, comme il s'agit là de degrés, quelquefois même de nuances, c'est en s'entourant des renseignements les plus complets, en procédant avec la plus prudente réserve, que le médecin donnera la solution d'un problème grave, intéressant à la fois l'individu dont la liberté peut être compromise, la société qui a le droit de se défendre.

Du divorce et de l'aliénation mentale.

M. DALLY. — Plusieurs de nos collègues ont exprimé le désir que la question du divorce fût mise à l'ordre du jour et il ne me semble guère possible, en effet, qu'une Société comme la nôtre se désintéresse de la nouvelle législation qui est proposée. Pour mon compte, je trouve qu'il y a là matière à une discussion des plus importantes, des plus graves. Des aliénistes éminents ont été invités par la commission parlementaire à donner leur avis sur l'op-

portunité d'inscrire dans la nouvelle loi l'aliénation mentale parmi les causes de divorce. La réponse négative qui a été faite par nos savants confrères ne laisse pas que de me surprendre un peu et me pousse à leur demander s'ils sont eux-mêmes des partisans déclarés du projet de loi qui va venir en discussion. Il me semble qu'on se laisse ici trop guider par les sentiments et qu'on perd ainsi de vue l'intérêt de la société en général, lequel pri me bien, on en conviendra, celui des deux conjoints.

Si vous refusez la dissolution du mariage pour cause d'aliénation mentale, vous allez ainsi favoriser la procréation d'individus entachés de la tare héréditaire et partant la diffusion des cas de folie. De nos jours, on prend pour habitude de concentrer à tel point la sollicitude sur les faibles, qu'il n'en reste plus pour les forts. Je regrette donc les tendances qui se sont fait jour jusqu'à ce moment, et j'estime que, dès l'instant qu'une occasion s'offre à nous de réduire l'hérédité morbide dont personne ne tentera de contester le rôle si considérable, il faut s'empresse de la saisir et admettre, en conséquence, l'aliénation mentale très nettement caractérisée, au nombre des causes de divorce.

La séance est levée à six heures.

D^r PAUL GARNIER.

SÉANCE DU 24 AVRIL 1882.

Présidence de M. DALLY.

Adoption du procès-verbal de la dernière séance après lecture donnée par M. Paul Garnier, secrétaire.

M. LE PRÉSIDENT fait part de la mort de M. Dagron, aux obsèques duquel la Société était représentée par M. Motet qui s'est fait l'interprète des sentiments de ses collègues, en disant un dernier adieu au membre défunt.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1^o La lettre suivante de M. Baillarger :

« Mon cher secrétaire général,
» Je regrette bien vivement de ne pouvoir assister à la

séance de la Société médico-psychologique; je regrette surtout de ne pouvoir entendre votre éloge de Marcé qui fut l'un de mes collaborateurs et dont les premiers travaux ont suffi pour assurer à son nom une place si honorable dans la médecine aliéniste. Veuillez bien, je vous prie, faire agréer mes excuses à nos collègues et recevoir l'assurance de mes meilleurs sentiments. »

2° Une lettre de MM. les Drs Seppilli et Riva, médecins de l'asile de Reggio, remerciant la Société de leur avoir accordé le titre de membre associé étranger.

3° Une lettre de remerciement de M. le Dr Bécoulet, de l'asile de Dôle, nommé membre correspondant dans la séance de février.

4° Une lettre de M. le Dr de Blumer, médecin adjoint de l'asile d'Utica (État de New-York), donnant des détails sur l'attentat commis sur le Dr Gray, médecin en chef de cet asile. (Voir *Ann.-méd. psychol.*, no de mai 1882, p. 522).

Les ouvrages présentés comprennent :

1° Un mémoire de M. le Dr Van der Swalme, intitulé, « De l'aliénation mentale comme motif de divorce » et publié dans les *Handelingen der Nederlanische Vereeniging Voor psychiatrie*.

Cette question étant à l'ordre du jour de notre prochaine séance, il n'est pas inutile de citer ici les conclusions de ce travail :

1° Les raisons qui, au point de vue religieux, moral ou pratique, semblent plaider en faveur de l'aliénation mentale comme motif de divorce, ne sont point suffisantes.

2° Au point de vue médico-légal, il faudrait dire au lieu de « aliénation mentale » aliénation mentale, chronique, incurable et avec perte de souvenir.

3° Les malades de cette catégorie seront d'autant plus rares, que leur affection aura souvent causé une mort précoce.

4° Il paraît dangereux de fixer, pour ce petit nombre de survivants, des conditions de divorce qui, quoique soigneusement posées, pourraient aisément aggraver la souffrance d'un plus grand nombre de malheureux.

5° Il résulte de ces faits que l'aliénation mentale ne semble pas constituer un motif de divorce plus valable, que plusieurs autres infirmités et maladies qui viennent détruire le bonheur conjugal.

2^e M. Krishaber. — *De la méthode ignée appliquée aux granulations du pharynx et du larynx.*

3^e *Les mémoires et compte rendus de la Société des sciences médicales de Lyon* (année 1879).

Souscription pour le buste du Dr Marchant.

Au nom de la commission nommée par la Société médico-psychologique dans sa séance du 27 juin 1881, à l'effet de rechercher les moyens d'honorer la mémoire du Dr Marchant, directeur-médecin de l'asile de Braqueville, près de Toulouse, tué par un de ses malades, M. LUNIER propose à ses collègues de se réunir à la Société de médecine de Toulouse et à l'asile de Braqueville, représentés par la commission de surveillance, pour faire faire un buste du Dr Marchant. Ce buste serait placé, à titre de monument commémoratif, dans une des principales salles de l'asile, probablement dans la bibliothèque médicale, composée en grande partie des livres du Dr Marchant, donnés par son fils.

Cette proposition réunit l'unanimité des suffrages et la Société décide qu'une souscription dont le montant serait fixé à 5 francs, afin de permettre à tous de prendre part à ce témoignage de sympathie confraternelle, sera ouverte parmi les collègues du Dr Marchant, membres de la Société médico-psychologique, médecins et directeurs d'asile.

Rapport sur le prix Esquirol.

M. PAUL GARNIER. — Messieurs, la Société médico-psychologique a reçu cette année, pour le prix Esquirol, deux mémoires que vous avez soumis à l'examen d'une commission composée de MM. Baillarger, Mitivié, Lunier, Blanche et Paul Garnier, rapporteur.

Le mémoire n^o 1 se compose de 30 pages de texte et de 29 observations. Il a pour titre : « Des phénomènes congestifs au début de la paralysie générale » et pour épigraphe : « *Ubi stimulus ibi fluxus.* »

S'il est vrai que l'auteur, en dressant un recueil de faits cliniques, a ainsi heureusement choisi le terrain où vous aimez à voir se placer les concurrents pour le prix Esquirol, destiné surtout à encourager des essais de cette nature, il semble non moins certain, à priori, qu'il a dû faire, par

le choix même de son sujet, le sacrifice de toute originalité. Telle est, du moins, l'impression première, à la lecture du titre de ce travail. Hâtons-nous de voir si elle est justifiée, et comme, après tout, ce n'est point la qualité absolument requise, peut-être découvrirons-nous, à son défaut, chemin faisant, en examinant comment a été traitée la question, les raisons de la préférence qui lui a été accordée.

La paralysie générale au début est souvent marquée, chacun le sait, par des accidents de nature congestive; que parmi ceux-ci, les uns soient peu intenses, les autres plus solennels, c'est encore une notion banale. C'est cependant sur cette distinction en deux formes : l'une légère, l'autre grave, que repose ce mémoire.

De cette division quelque peu artificielle, de l'aveu même de l'auteur qui reconnaît que ces phénomènes s'enchevêtrent le plus souvent, découle naturellement le partage des observations en deux séries correspondant aux deux degrés de l'hyperémie.

Dans le premier groupe sont relatés les faits où la congestion se réduit simplement par des signes peu accentués : injection de la face, céphalalgie, bourdonnements d'oreille, étourdissements, vertiges; dans le second, nous voyons la poussée sanguine, plus directement menaçante, déterminer les attaques apoplectiformes ou épileptiformes, événements si communs dans la paralysie générale.

La plupart de ces observations, du reste, sont assez soigneusement prises, et quelques-unes sont instructives en montrant le caractère protéiforme de ces accidents, et le long espace de temps qui peut séparer leur apparition de l'éclosion des manifestations essentielles de la maladie, cinq ans, dix ans et même treize ans, comme l'indique l'observation XIV du mémoire.

D'une façon générale, l'auteur a pu noter que le délire de nature expansive, accompagné de la suractivité de toutes les fonctions de l'organisme, a coïncidé avec les phénomènes congestifs du premier degré.

A ce propos, il est permis de regretter que la question de l'influence du sexe n'ait pas été abordée : quelques mots sur le caractère de ces phénomènes, que l'on s'accorde à représenter comme plus torpides chez la femme, m'eussent semblé ici à leur place.

Après avoir cité avec éloge la mention, faite page 32, de l'influence de l'hérédité vésanique sur les conceptions délirantes du paralytique général, je formulerai quelques critiques.

Est-il possible, se demande l'auteur, de résoudre la question de savoir si les attaques congestives qui se manifestent au début de l'encéphalite interstitielle diffuse sont la cause de cette maladie ou en sont un des premiers éléments? A la question posée dans ces termes voici la réponse, que je retrouve du reste à la dernière page, parmi les conclusions : « Certaines attaques congestives qui précèdent la paralysie générale paraissent véritablement être la cause de son développement, mais il en est d'autres aussi qui, bien certainement, sont sous la dépendance du processus paralytique une fois développé. »

Cet éclectisme, à vrai dire, paraît être plutôt la conséquence d'une information insuffisante que le résultat d'une discussion sérieuse des faits, car ce point de pathogénie est abordé ici, très légèrement et d'une façon accessoire.

Je terminerai par un dernier reproche. Dès l'instant qu'un mémoire s'intitule : « Des phénomènes congestifs au début de la paralysie générale, » on est bien en droit d'en attendre une étude d'ensemble, sinon approfondie, de ces accidents. Pourquoi alors n'y trouve-t-on pas une ligne qui ait trait aux troubles de cette nature à siège spinal?

L'auteur aurait-il perdu de vue que, dans les phénomènes congestifs, la moelle épinière a bien quelquefois sa part, comme en témoignent les engourdissements, les fourmillements, les crampes ressenties dans les membres, au début même de l'affection? Je veux croire pourtant qu'il connaissait la division des attaques congestives en spinales et cérébrales. Les premières atteignent surtout le côté somatique, en laissant l'intelligence à peu près intacte, tandis que c'est l'inverse lorsqu'il s'agit des secondes. Il est fâcheux, en tous les cas, qu'il n'en ait aucunement parlé. En dépit de ces imperfections, ce travail basé sur des faits cliniques qui en constituent le principal mérite représente, en somme, un effort consciencieux, que votre commission n'eût pas mieux demandé que d'encourager, s'il eût été possible de déduire une somme du prix Esquirol, dont la faible quotité s'oppose en quelque sorte à tout partage.

Le mémoire n° 2 a pour titre : « Du délire chez les vésa-

niques, » et pour épigraphe : « *Ce qui est vrai certaines fois, le sera toujours dans des circonstances semblables* » (Stuart Mill). — Composé de 140 pages, c'est une œuvre essentiellement clinique, ne comprenant pas moins de trente observations toutes personnelles, très détaillées et répondant ainsi exactement au programme de ce concours. Ce n'est point là son seul mérite. Dès les premières pages, on reconnaît un esprit pour lequel les faits, en se déroulant, n'ont pas été seulement une occasion de voir, mais bien aussi de réfléchir et de contrôler utilement.

En comparant les malades aux malades, en coordonnant les notions que cette comparaison lui a fournies, l'auteur a acquis les éléments de cette conviction, entière chez lui, que dans l'aliénation mentale, qui est une science comme une autre, rien n'est livré au hasard, tout se commande, au contraire, et s'enchaîne.

Judicieusement interprétés et classés, tous les faits lui paraissent susceptibles de se plier à une loi constante : la loi de l'évolution vésanique.

Qu'entend l'auteur par cette proposition ? Existe-t-il donc un ordre invariable suivant lequel tout délire, quelle que soit sa modalité, pourvu seulement qu'il appartienne à la vésanie, va naître, grandir et finir ? Telle est, en effet, la thèse développée non sans talent, dans ce mémoire où toutes les tendances pluralistes consistant à reconnaître et créer des variétés innombrables de délires ou de monomanies sont vivement combattues. Voici, du reste, quelle est, pour l'auteur, la marche ou l'évolution du délire vésanique : Pourvu d'un équilibre défectueux et cela constamment en vertu de conditions héréditaires fâcheuses, l'individu, ainsi prédisposé, ainsi marqué de cette tare, va broncher au moindre choc et la chute peut être considérée comme certaine. L'occasion en est toujours une douleur, un état d'hyperalgésie mentale, sur lequel Guislain avait déjà tant insisté. Replié sur lui-même, étudiant ses sensations au microscope, les amplifiant sans cesse, l'aliéné vésanique, au début, est un *ruminant*, dit l'auteur ; en un mot, c'est un hypochondriaque et fatalement il doit entrer dans la folie par cette phase de dépression ou de concentration pénible. Variables pourront être les formes du délire, subordonnées qu'elles sont à des conditions extérieures, changeantes elles-mêmes, comme le milieu, l'époque, l'éducation, etc. ;

néanmoins toutes sont réductibles à un type unique dont le caractère essentiel est ce sentiment de dépression, cet état de concentration pénible que l'on retrouve inévitablement pour peu que l'enquête sur les phénomènes du début soit bien conduite.

Mais l'aliéné ne se cristallise pas en cette hypochondrie physique et morale; le délire doit évoluer et cela selon des lois immuables : au stade dépressif doit forcément succéder, un jour ou l'autre, le stade expansif.

Pourtant il existe une période de transition, dont le propre est de faire des emprunts autant à ce qui finit qu'à ce qui éclôt déjà. L'auteur pose donc en loi que le délire ambitieux n'est jamais primitif dans la vésanie : en d'autres termes, un mégalomane, par exemple, quoique sans conceptions actuelles, de nature dépressive, sans idées de persécution, n'est jamais qu'un malade ayant déjà franchi la première période du délire vésanique et parvenu à la seconde étape; à ce moment, la démence est prochaine, car tout délire expansif doit être considéré comme le signe avant-coureur de la déchéance intellectuelle irrémédiable.

Jusqu'ici je me suis borné à analyser; il me resterait à apprécier.

Certes, les idées émises dans ce travail pourraient fournir matière à ample discussion ou contestation, et j'admets volontiers qu'on ne les accepte pas, au moins dans tout ce qu'elles ont d'absolu. Impossible de méconnaître toutefois que l'auteur exprime une théorie qui se justifie bien souvent, et, tout au plus, peut-on lui reprocher ses tendances à trop généraliser, à ne laisser aucun fait en dehors de la loi qu'il formule. L'exposé de ses opinions démontre, en tous les cas, un assez réel savoir, des connaissances cliniques suffisamment approfondies pour qu'on prenne en considération son œuvre toute personnelle. Enfin, les observations, heureusement choisies, rédigées avec soin, ne manquent pas de prêter un appui solide à la thèse qu'elles ont pour but de défendre.

En conséquence, votre commission désireuse de récompenser la réelle valeur de ce travail, malgré les réserves faites à l'endroit des opinions qui y sont avancées, n'hésite pas à vous proposer de décerner le prix Esquirol à l'auteur du mémoire n° 2.

M. LE PRÉSIDENT proclame le nom de l'auteur du mé-

moire n° 2, qui est M. Paul Géroente, interne des asiles de la Seine.

Rapport sur le prix Aubanel.

M. CHARPENTIER. — Messieurs, la commission, composée de MM. Dagonet, Falret, Legrand du Saulle, Mesnet et Charpentier, que vous avez bien voulu nommer dans votre séance du 26 décembre 1881, chargée d'examiner les travaux présentés au concours pour le prix Aubanel, vient aujourd'hui par l'organe de son rapporteur vous rendre compte du résultat de ses appréciations.

Chacun des membres de la commission a pris isolément connaissance des travaux soumis, et plusieurs réunions successives nous ont permis de vous apporter ici un résultat général.

Nous avons eu à examiner les travaux de sept candidats, nombre considérable si l'on se rappelle que l'an dernier non seulement le prix Aubanel n'a pas été décerné, mais encore aucune récompense n'a été accordée à cause, il est vrai, du peu de valeur des travaux présentés. — Le rapporteur de votre commission de l'an dernier, M. Christian, vous faisait en outre remarquer combien étaient peu nombreux les concurrents ; aujourd'hui, ce relèvement du nombre est-il dû à l'esprit de juste sévérité qui a présidé à l'examen des travaux de l'année passée ? S'il en était ainsi, nous ne regretterions pas d'avoir observé une même tenue dans nos appréciations.

Les travaux des candidats ont consisté en mémoires inédits et en ouvrages imprimés, thèses, ou articles déjà publiés. Et à ce propos, rappelons que si le programme de ce concours a laissé toute liberté aux concurrents, sans préciser ni la nature ni le mode écrit ou imprimé du sujet, c'est que le but de la Société médico-psychologique était de ne pas laisser sans récompense une œuvre de longue haleine ou magistrale par le motif qu'elle avait été antérieurement publiée. Malheureusement, le résultat qui s'est produit n'a pas été celui que nous avions espéré. Les ouvrages imprimés n'ont pas présenté les qualités auxquelles nous faisons allusion ; d'un autre côté, les mémoires inédits, reposant sur trop peu d'observations, répondaient bien plus à la création du prix Esquirol qu'aux intentions du prix Aubanel. Cependant pour ces mémoires, disons de

suite que deux d'entre eux ont été fortement appréciés, tandis que pour les deux autres, nous n'avons pu faire mieux que d'apporter une grande indulgence dans nos appréciations. — Cet aperçu général vous fait concevoir, messieurs, que la commission n'a pu, à son grand regret, décerner le prix Aubanel ; toutefois en raison du mérite des travaux de trois concurrents, elle a jugé à propos d'en distraire une quotité à titre d'encouragement.

Voici d'ailleurs les jugements motivés de notre commission sur les travaux de chacun des concurrents :

N° 1. *De l'hérédité dans le crime* — mémoire manuscrit portant comme épigraphe : *Peut-être*.

Nous détachons quelques lignes textuelles de son avant-propos qui vous donneront une idée exacte de tout le mémoire : « Je comptais faire un immense traité de l'aliénation, mentale... J'ai dû reculer devant cette lourde tâche, mes nombreuses occupations soit de clientèle, soit d'opération, m'en empêchant. » Plus loin : « Je sais bien que ma division sera attaquée par les beaux esprits qui se piquent de tout savoir. Peu m'importe, ceux-là je les méprise et je ne puis mesurer la hauteur du dédain qu'ils m'inspirent. » L'auteur a beaucoup emprunté au travail de M. Lucas qu'il cite continuellement. Ces citations sont ce qu'il y a de bon dans le mémoire dont le travail personnel est nul. Telles sont les raisons qui ont fait écarter le mémoire n° 1 par la commission.

N° 2. *Des troubles intellectuels provoqués par les traumatismes du cerveau*. — Ce travail a été publié dans les *Archives de médecine*. Soixante-neuf observations, rapportées par l'auteur, constatent l'apparition de troubles cérébraux, tels que coma, hébétude, stupeur, somnambulisme, hallucinations, amnésie rétrograde, aphasie, troubles du caractère et des sentiments, troubles de l'attention, de la volonté et du raisonnement, survenant immédiatement ou plus ou moins longtemps après une lésion traumatique du cerveau. Quand nous disons lésions traumatiques du cerveau, c'est pour nous conformer aux opinions de l'auteur, car ses observations ne nous donnent comme signe de ces lésions, qu'un seul symptôme la perte de connaissance ; or ce symptôme n'est pas un signe pathognomonique, il peut se rencontrer dans beaucoup d'autres états, épilepsie, alcoolisme, états souvent causes d'accidents chirurgicaux, et

comme malheureusement dans la plupart de ces observations les antécédents héréditaires ou morbides ne sont pas mentionnés, la lecture des cas observés ne nous a pas convaincus que les troubles cérébraux consécutifs à l'accident fussent nécessairement liés au traumatisme. Toutefois reconnaissons que l'auteur du mémoire a été frappé par la fréquence de coïncidence entre des troubles cérébraux, qu'en aliéniste il avait souvent remarqués et des accidents que, comme chirurgien, il avait nombre de fois constatés. Cette coïncidence qui d'ailleurs n'avait pas échappé aux anciens chirurgiens et que M. le Dr Lasègue a fait revivre dans ses types de cérébraux, l'auteur a voulu l'étayer sur de nombreux faits. Malheureusement, beaucoup n'ont pas été observés directement par l'auteur du mémoire, ce qui explique les imperfections de renseignements que nous avons mentionnés. L'historique du sujet est très bien fait et sera utilement consulté. Quant à l'interprétation du phénomène : ou bien trouble des cellules nerveuses par la perturbation causée dans la circulation cérébrale par le traumatisme, ou bien modification des propriétés de ces cellules par l'ébranlement, analogue aux modifications des propriétés des corps mous par le choc, cette interprétation révèle de la part de l'auteur un effort fait pour pénétrer plus avant dans le mécanisme du phénomène, effort infructueux, mais dont l'insuccès s'explique par l'insuffisance des notions scientifiques actuelles.

En résumé, ce travail, riche de faits empruntés à des sources authentiques, recueillis dans une idée commune et bien précise par un savant dont l'esprit a souvent été dirigé vers la médecine mentale, a paru à la commission devoir être pris en sérieuse considération et mériter un encouragement.

N°. 3. *Etude sur une forme non décrite d'hallucination dite panoramique.* Thèse inaugurale.

L'auteur qui a pris connaissance de l'article de M. le professeur Colin sur le ragle, fait remarquer que dans ces cas, l'hallucination communément observée consiste dans la vision de routes, de murailles, entourant l'halluciné, s'approchant de lui de plus en plus, et l'enserrant de tous côtés. Il y aurait lieu d'en décrire une autre variété, consistant en ce que l'espace, au lieu de se rétrécir, s'élargirait, s'étendrait en éloignant de plus en plus de ses limites par

rapport à l'halluciné et s'étendrait de façon à constituer un vaste panorama représentant, soit un paysage pittoresque, la fontaine de Vaucluse, par exemple, chez un jeune soldat halluciné dans une plaine brûlée du sol africain, soit une série de montagnes et de vallées se déroulant jusqu'au pôle aux yeux d'un halluciné qui les contemple du sommet élevé d'une montagne. La mémoire réelle du paysage chez le jeune conscrit, le souvenir de conceptions imaginaires développées par des lectures ou des travaux de géographie et de voyages chez l'autre sujet, fourniraient les frais de l'hallucination, motivée primitivement par une modification de l'air atmosphérique, dilaté par les ardeurs du climat pour le premier, raréfié sous l'influence de l'altitude pour le second. Ces modifications atmosphériques troubleraient les phénomènes physico-chimiques de la respiration, par suite les phénomènes circulatoires, la circulation cérébrale, d'où finalement production de la variété d'hallucination dite panoramique.

Et, comme non satisfait de son hypothèse physico-chimique, qui, il est vrai, n'explique rien, l'auteur se demande si la variété d'hallucination panoramique opposée à l'hallucination en voûte, en muraille, ne pourrait pas dépendre de l'état variable de l'âme au moment où le sujet subit l'influence des causes physico-chimiques; dilatée, épanouie qu'elle serait dans la variété panoramique, concentrée, repliée au contraire dans la variété claustrale. Dans un dernier chapitre, l'auteur rapproche ces hallucinations des hallucinations de nature toxique, alcool, haschich, des rêves, du somnambulisme et des phénomènes intellectuels de l'agonie. Nous avons été étonnés que l'auteur, à propos des hallucinations de nature toxique, n'ait pas songé à faire de ses hallucinations panoramiques de véritables hallucinations alcooliques qui s'expliqueraient bien mieux par l'âge des sujets, leur profession, le climat et l'altitude où ces phénomènes se sont produits, et surtout par la description des symptômes que les ont précédés ou accompagnés. Nous avons un dernier regret à exprimer à l'auteur, c'est que presque tous les cas cités sont empruntés à des récits de voyage, ce qui n'excuse pas le crédit scientifique qu'il leur a accordé.

En résumé, ne reposant sur aucun fait personnel, interprétée à l'aide d'hypothèses les unes non démontrées, les

autres extra-scientifiques, cette thèse, malgré ses qualités de style et un certain talent d'exposition, n'a pu fixer suffisamment l'attention de la commission pour mériter une récompense.

N° 4. *Des hallucinations et des terreurs nocturnes chez les enfants et chez les adolescents.* Thèse inaugurale.

Cette thèse est considérable, 464 pages, le titre porte sur un sujet intéressant, le travail est bien écrit et très intelligemment présenté; cependant à un examen sérieux, cette thèse ne peut résister. Si l'on en extrait les citations plus que nombreuses et souvent loin d'avoir trait au titre, si l'on élimine toutes les questions accessoires et pour ainsi dire presque étrangères au sujet, le gros volume se trouve considérablement réduit. En pénétrant dans le fond même de la thèse, on est frappé de ce fait qu'il n'y a rien de nouveau ni dans l'étiologie, facile d'ailleurs à prévoir, mais qui en grande partie ne s'applique pas plus spécialement aux enfants et aux adolescents qu'aux adultes et aux vieillards (et à ce compte l'auteur aurait facilement pu élargir le titre de la thèse), ni rien de nouveau non plus dans la dichotomie des phénomènes d'après leur origine cérébrale ou non cérébrale, dichotomie depuis si longtemps introduite dans l'étude des troubles cérébraux. Le candidat n'a pas su éviter le grand danger d'écrire une thèse volumineuse et qui à cause de cette apparence doit exiger beaucoup de l'auteur, puisqu'elle semble promettre beaucoup à ceux qui se sont fait un devoir de l'analyser. Notre attente a été trop déçue pour pouvoir réserver une récompense au travail n° 4.

N° 5. *Etude sur quelques points de la paralysie générale.* Ce travail repose sur cinq mémoires dont trois étaient déjà imprimés, et dont les deux autres étaient en cours de publication quand le travail a été déposé pour le prix Aubanel. Tous ont trait à la paralysie générale et indiquent que l'étude favorite de cette maladie a présidé à leur production successive.

Le premier mémoire a pour titre : « Symptomatologie : de la dynamique ou exaltation fonctionnelle au début de la paralysie générale. » Dans ce mémoire l'auteur s'est proposé pour but de prouver que la paralysie générale débute très souvent par un stade d'exaltation fonctionnelle (fonctions intellectuelles, locomotrices, génésiques et de la vie végétative), ré-

sultat du travail irritatif qui s'opère à cette époque dans le cerveau; de nombreuses observations, intéressantes pour la plupart, sont annexées à ce travail dont la valeur explique le prix Esquirol qui lui a été accordé en 1879. En présentant ce mémoire pour le prix Aubanel, l'auteur n'a eu d'autre but que de le relier aux autres mémoires à cause de l'objet commun qu'ils ont en vue, la paralysie générale.

Le deuxième mémoire est intitulé : « Diagnostic. De l'Encéphalopathie saturnine dans ses rapports avec la paralysie générale progressive. »

L'auteur distingue d'abord l'action de l'alcool et celle du plomb sur un sujet atteint d'encéphalopathie saturnine ; il distingue en outre l'encéphalopathie saturnine ou pseudo-paralysie générale de la vraie paralysie générale. Les caractères propres du saturnisme sont nuls dans la paralysie générale vraie ; de plus l'inégalité pupillaire plus rare, le tremblement plus intermittent, et plus spasmodique, le trouble de la voix souvent inintelligible dès le début, permettraient de distinguer plus nettement l'encéphalopathie saturnine ; une hébétude, une stupeur plus considérable dès le début, une paralysie plus marquée à cette époque, confirmeraient le diagnostic qu'une opposition du caractère doux, humain dans la paralysie générale, défilant, grossier, égoïste chez le saturnin paralytique, viendrait compléter. Au point de vue de la marche, les différences sont aussi très marquées : invasion ordinairement lente, puis confirmée, aboutissant ordinairement au marasme paralytique, puis à la mort, voici pour la paralysie générale, vraie ; marche inverse pour la pseudo-paralysie générale, qui éclate brusquement et atteint du premier coup son apogée. C'est l'ivresse du plomb du professeur Ball, puis peu à peu récupération des fonctions au fur à mesure que le poison s'élimine, d'où tendance progressive et à peu près constante vers l'amélioration. Les différences dans le pronostic sont subordonnées aux différences dans la marche. Ce mémoire très court est bien présenté, quoique dans un style inférieur à celui des mémoires 4 et 5. Il ne comprend que deux observations qui, par leur petit nombre, ne peuvent élucider la question dont l'obscurité est due justement à la rareté des faits typiques, où le plomb, l'alcool et la paralysie générale ne viennent pas se confondre.

Le sujet du troisième mémoire du même travail est intitulé : « Diagnostic : deux cas de manie congestive avec

réflexions. » Ces deux cas doivent être considérés comme des cas de paralysie générale enrayée d'après l'auteur, qui peut avoir raison ; mais la lecture des observations ne nous a fourni aucune opinion favorable ou défavorable à l'auteur, et il ne peut en être autrement puisque le seul critérium, l'autopsie fait défaut, heureusement pour l'opinion du candidat.

Le quatrième mémoire a pour titre : » Diagnostic. Note sur le diagnostic différentiel de la folie à double forme et de la paralysie générale. »

L'auteur insiste surtout sur la difficulté de diagnostic, dans la période d'exaltation, entre la période d'exaltation prodromique de la paralysie générale et la période d'exaltation maniaque de la folie à double forme.

Les caractères que présentent les phénomènes somatiques, d'après M. Ritti, ou ceux qui fournissent les phénomènes intellectuels, d'après M. Falret, seraient insuffisants. La différence caractéristique doit être cherchée dans les manifestations morales et affectives, dans la nature même des sentiments, et à l'appui l'auteur cite une observation d'un paralytique général chez lequel on remarquait une bonté et une générosité malade et une observation de folie à double forme dans la période d'excitation maniaque de laquelle se rencontre un égoïsme extrême avec conservation de l'intelligence et de la mémoire. Dans ces deux observations, l'auteur apporte un talent de description supérieur ; ce sont deux observations de main de maître.

Malheureusement comme pour la pseudo-paralysie générale saturnine, deux observations constituent un trop mince document pour faire naître une conviction.

Le cinquième mémoire du même travail est intitulé : « Pathogénie. Note sur les rapports de la paralysie générale et de l'hystérie à propos d'un cas remarquable de coexistence chez l'homme de la paralysie générale et de l'hystérie. »

Ce mémoire a été publié dans la *Gazette médicale* de 1882.

Ici apparaît dans son plein le talent descriptif de l'observateur et la finesse de déduction de l'homme expérimenté dans la clinique.

L'opposition entre les symptômes, la marche et la durée de la paralysie générale chez un hystérique et entre les

caractères de la paralysie générale chez un sujet ordinaire apparaît avec le contraste le plus frappant.

L'allure rémittente, capricieuse, mouvementée de cette paralysie générale, une longue rémission de deux ans et enfin les résultats de l'autopsie qui ne permet de constater que des lésions de la paralysie générale au début, entraînent l'auteur vers la conception d'une paralysie générale progressive venant se greffer sur un hystérique, à la manière d'une plante qui se développe sur un terrain qui lui est peu propice.

Partant de là et faisant un retour en arrière, l'auteur nous déroule les progrès de nos connaissances en paralysie générale progressive. De paralysie considérée chez les aliénés, elle devient une folie spéciale (folie paralytique); puis apparaît la paralysie générale sans délire; la paralysie générale n'est plus une folie, la folie même n'est plus un symptôme de la paralysie générale, ce n'est plus qu'une complication. Plus tard, l'hérédité incontestable pour les vésanies devient contestée pour la paralysie générale, se réduit à une hérédité de tendance congestive, et enfin l'observation du candidat le conduit à supposer un antagonisme entre la paralysie générale et l'hystérie. Comme nous sommes loin de la paralysie générale venant terminer l'aliénation mentale l'auteur suit l'entraînement et, son observation démontrant chez un sujet hystérique une paralysie générale à marche lente, à forme pour ainsi dire névropathique et à durée complètement anormale, se demande si le tempérament hystérique ou vésanique constitue un terrain propice pour le développement de la paralysie générale, se demande quel est le degré de fréquence de la paralysie générale chez les femmes hystériques, se demande la cause de la rareté relative de la paralysie générale chez la femme. Que l'auteur ne se laisse pas trop entraîner. La conception des entités morbides et surtout la conception d'un conflit entre ces entités peuvent conduire bien loin, trop loin si, surtout comme le fait l'auteur, on n'a comme point de départ qu'une observation, et surtout une observation d'hystérie chez l'homme qui par son sexe constitue, lui aussi, un terrain peu fécond pour cette vésanie. Et c'est là le regret commun qu'inspirent les mémoires 2, 3, 4, 5 de l'auteur, c'est de ne les voir contenir chacun qu'un nombre trop restreint d'observations.

Malgré ces critiques, un esprit de suite dans l'ordre de recherches de l'auteur, un véritable talent d'exposition, le nombre des mémoires reliés par un but commun ont mérité l'attention favorable de la commission qui a accordé un encouragement au travail n° 5.

N° 6. *Essai sur les folies de la puberté.*

Il s'agit d'un manuscrit de 44 pages bien peu serrées. Ce mémoire contient d'abord comme préambule un court exposé des opinions de quelques auteurs sur la question des folies de la puberté ou causées par la puberté.

Neuf observations dont quelques-unes ne présentent qu'un intérêt bien médiocre; les seules importantes n'appartiennent pas à l'auteur. Comme conclusions, l'auteur pense que les folies qui reconnaissent pour cause la puberté s'observent très rarement, que leur pronostic est moins grave que celui des folies de l'âge adulte, enfin que les anomalies développées par la puberté ne doivent pas être remarquées comme causes dans les cas de crimes ou délits commis par des jeunes gens.

Ce mémoire est trop court, superficiel, écrit à la hâte; il pourra être amélioré avantageusement, mais ne peut mériter actuellement un encouragement.

N° 7. Ce travail comprend :

1° Thèse inaugurale sur le délire aigu;

2° Un mémoire manuscrit intitulé : *Etude de quelques altérations du sang dans le délire aigu.*

La thèse est de 110 pages, bien nourrie, et l'auteur a su répondre aux indications d'une question aussi intéressante. Dans un style clair, précis, avec méthode, il nous fournit un exposé complet de l'état de la science sur ce sujet.

Dans l'historique très complet, il nous fait ressortir nettement les trois courants qui se partagent encore l'opinion sur le délire aigu, envisagé soit comme une entité morbide nettement définie, avec ou sans lésions et devant à ce titre ouvrir un chapitre nouveau dans le cadre des maladies mentales, ou bien considéré comme un symptôme d'une maladie inflammatoire du cerveau ou de ses enveloppes, ou encore comme un phénomène ou un incident se surajoutant dans le cours d'une vésanie.

L'auteur, dans le deuxième chapitre sur la nature du délire aigu, se rattache à la première de ces opinions; il va

plus loin, il tend à l'envisager comme un empoisonnement.

Le chapitre anatomie pathologique ne laisse rien à désirer. Certains délires aigus ne présentent aucune lésion à l'autopsie, mais ces formes sont rares, et, sans les nier, l'auteur étudie surtout les cas dans lesquels il a pu retrouver des lésions anatomiques qui sont les suivantes :

Une injection plus ou moins vive des méninges, surtout au niveau de la scissure de Sylvius, n'allant jamais jusqu'à la suppuration; un changement de coloration de la substance grisée due à l'empilement des globules rouges dans les capillaires, sans prolifération des globules blancs; une disposition particulière de cette hyperémie non encore décrite dans le délire aigu, consistant en ce qu'elle débute par la couche moyenne, s'irradie vers la couche profonde et ensuite vers la couche superficielle. Cette irradiation fait éliminer l'irritation méningitique comme cause de l'injection de la substance grise, comme cause du délire; après avoir examiné l'étiologie, la marche, la durée, la terminaison, l'auteur aborde dans le chapitre VII l'importante question du diagnostic.

Ici, l'auteur ne laisse échapper aucun des délires symptomatiques qu'il oppose très habilement au délire aigu, au point de vue de la marche des symptômes, de leur enchaînement, de leur caractère réciproque. Il élimine ainsi les diverses maladies qui offrent quelque analogie avec le délire aigu et arrive ainsi avec certitude au diagnostic. Il ne néglige aucune des affections cérébrales ou mentales dont le délire parfois très actif peut causer des difficultés de diagnostic; il aborde également les difficultés résultant de l'association d'une vésanie avec une phlegmasie difficile à constater à cause de l'excitation du sujet. A chaque chapitre est annexée une observation à l'appui.

Enfin, dans le cours de sa thèse, l'auteur inclinant vers des altérations hématiques, ajoute qu'il a fait dans ce sens des recherches infructueuses; toutefois ses recherches n'ont pas été assez multipliées, ni assez longtemps poursuivies pour infirmer sa conviction que la cause de la gravité du délire aigu réside dans des modifications du liquide sanguin.

C'est à cette question que le mémoire manuscrit du même auteur est exclusivement consacré; il peut donc être considéré comme la poursuite d'une idée déjà en germe, quand il soutenait avec honneur sa thèse inaugurale.

Tout d'abord l'auteur expose les motifs qui l'ont amené à penser à un état infectieux du sang; ils sont puisés dans l'analyse des symptômes analogues et communs au délire aigu et aux états typhoïdes.

Cette analogie dans les symptômes a conduit l'auteur à rechercher si, dans l'une de ces affections, on pourrait rencontrer ces altérations hématiques qui ont pu être démontrées dans l'autre. L'examen des modifications qualitatives du sang précède celui de leur cause. L'auteur expose ses recherches sur le sang au point de vue de la diminution de nombre des globules, qui de 5,000,000 tombent à 2,000,000; au point de vue de leur diminution de volume, de l'apparition des globules noires de Hayem; au point de vue de la résistance des globules à l'action dissolvante du sérum de Grancher, résistance qui diminuerait considérablement dans le délire aigu; enfin, au point de vue du pouvoir oxydant de l'hémoglobine, pouvoir qui irait également en décroissant dans cette affection. L'auteur nous décrit les procédés qu'il a employés, ses recherches ont été faites jour par jour et leurs résultats contrôlés sous la direction de MM. Quinquaud et Malassez; il a toujours tenu compte de l'état chlorotique et anémique antérieur et des autres états morbides capables d'engendrer des causes d'erreur possibles.

Ces modifications se rencontrent au maximum dans l'état de collapsus, d'où cette première conclusion que c'est dans les phases d'affaiblissement que se rencontrent surtout ces lésions qualitatives du sang.

Quelle est la cause de ces altérations? C'est à cette occasion que l'auteur, dans un historique condensé, rappelle les découvertes d'Eberck, Recklinghausen, Klein, Sokaloff, Fischel, Klebs et Letzerich, les cocci, micrococci, les baccilli constatés chez des sujets morts de fièvre typhoïde dans les plaques de Peyer, dans le tissu conjonctif de l'intestin, dans les infarctus du rein, dans le sang des vaisseaux de la main, dans les capillaires de la pie-mère, et, dans un autre ordre d'idées, rappelle aussi les recherches de Pasteur établissant qu'aucun de ces organismes parasitaires ne se rencontre dans le sang à l'état normal. L'auteur, sur sept délires aigus, a constaté trois fois ces parasites, il n'en a trouvé dans aucune autre folie, excepté dans la folie puerpérale, de nature infectieuse par excellence.

Les procédés techniques, l'application des derniers perfectionnements, sont étudiés dans un chapitre spécial.

Une observation complète et minutieuse d'un cas de délire aigu avec autopsie et examen micrographique, qui fait constater un nombre considérable de bâtonnets effilés, des zoglées et des corpuscules punctiformes, est suivie d'un chapitre où, jour par jour, les résultats de l'analyse qualitative et micrographique du sang sont opposés aux symptômes. Le candidat ne s'est pas borné là; il nous décrit ses procédés de culture de ces organismes, conformément aux préceptes de Pasteur, puis ses essais d'inoculation de ces liquides à neuf animaux, chiens, lapins et cobayes; deux de ces animaux sont morts, trois ont éprouvé des malaises passagers, les quatre autres n'ont rien éprouvé.

Quant au rôle des microbes dans le délire aigu, l'auteur observe une prudente réserve. Il se borne à rappeler les expériences faites sur le surmenage chez les animaux, dans le sang desquels les microbes ont été constamment constatés, et il rapproche l'état de surexcitation du délire aigu, l'état de surmenage cérébral de l'état du surmenage des hôpitaux. Enfin, il insiste sur ce fait qu'en même temps qu'il constatait ces microbes sur les malades atteints de délire aigu, il ne pouvait constater leur présence dans le sang des autres aliénés placés à la même époque dans la même salle.

En résumé, ce travail nous présente un fait absolument nouveau. La méthode avec laquelle il a été poursuivi, indique avec quel esprit de rigueur scientifique l'auteur a dirigé ses recherches. Les réserves constantes qu'il fait à l'égard des entraînements de déductions trop hâtives, nous sont un sûr garant que son auteur n'a d'autre but que la constatation d'un fait vrai. Certes, ces recherches ont été trop restreintes, et se sont bornées à un trop petit nombre d'observations. Nous les aurions voulues plus nombreuses, plus multiples et surtout plus longtemps poursuivies, et, dans ce cas, l'auteur pourrait à juste titre prétendre au prix Aubanel. Mais, en raison de la limite encore incertaine des résultats, votre commission a dû se borner à accorder un encouragement à l'auteur du travail n° 7.

En présence des trois travaux 2, 5, 7, récompensés, votre commission n'a pu établir aucun degré de supériorité, le mérite respectif des ouvrages présentés n'étant

nullement comparable. Elle a donc cru juger à propos de prélever sur le prix Aubanel une somme de 4800 francs et d'en faire trois parts égales pour chacun des auteurs récompensés.

En résumé, votre commission a l'honneur de vous proposer de voter les conclusions suivantes :

1^o Qu'il n'y a pas lieu de décerner le prix Aubanel dans sa totalité;

2^o Qu'il y a lieu de distraire de ce prix une somme de 4,800 francs et d'en faire trois parts égales de 600 fr. aux auteurs des travaux 2, 5, 7 à titre d'encouragement.

Messieurs, votre commission n'a pas cru devoir borner ici la tâche que vous lui avez confiée. Justement préoccupée des arriérés qui s'accumulent par le fait que la totalité de la somme du prix Aubanel n'est pas accordée;

l'appréhée de la valeur élevée, 3,600 francs, que ce prix va atteindre pour le prochain concours, fermé le 31 décembre 1883;

Considérant qu'un tel prix devra exciter des travaux beaucoup plus importants ;

Tenant compte de ce que la liberté laissée aux candidats de présenter des travaux non inédits, n'avait pas été marqué par un progrès assez notable dans le mérite des productions;

Remarquant enfin que les noms des auteurs d'ouvrages imprimés sont toujours connus de la commission qui les examine, ce qui entrave la liberté d'appréciation ;

Votre commission s'est posé les questions suivantes :

1^o Y a-t-il lieu de décerner pour le prix Aubanel du prochain concours la somme totale de 3,600 fr., ou de laisser à la nouvelle commission la même liberté qu'aux années précédentes?

Pour se conformer aux vues du donateur, votre commission incline à émettre le vœu : Qu'il y a lieu de proposer de décerner le prix Aubanel dans sa totalité au prochain concours, réserves faites de toute liberté accordée à la nouvelle commission, dans le cas où elle se trouverait en présence de travaux insuffisants.

2^o Faut-il limiter les présentations d'ouvrages à des œuvres manuscrites?

3^o N'y aurait-il pas lieu de proposer de revenir à un

mode abandonné, consistant à un sujet délimité à traiter par les concurrents?

Ce vœu a été inspiré par les difficultés que votre commission a rencontrées en comparant des productions nullement comparables, quel que soit leur genre de mérite.

La délimitation d'un sujet quelconque constituerait un point de repère, qui faciliterait la comparaison et permettrait ainsi d'éviter une répartition en décernant avec motif le prix Aubanel.

Telles sont, messieurs, les trois questions que votre commission s'est posées avec les solutions qu'elle se permet de soumettre à votre libre appréciation.

M. LASÈGUE. — Je demande à la Société de modifier quelque peu les conclusions de la commission du prix Aubanel, en décidant que la totalité de la somme disponible soit distribuée, par égales portions, entre les trois mémoires auxquels la commission a reconnu un mérite suffisant pour leur accorder une récompense, et, par conséquent, qu'il soit attribué 1,000 francs à chacun d'eux. Les concurrents pour les prix ne sont déjà pas si nombreux : gardons-nous de les rendre encore plus rares en leur donnant cette idée que nos récompenses s'obtiennent bien difficilement.

Après diverses objections de la part des membres de commission, M. Lasègue retire sa proposition.

Une récompense de 600 fr., à titre d'encouragement, est donc accordée à M. Azam, à M. Marcel Briand et à M. Régis.

Éloge de Marcé.

M. RITTI. — Messieurs, parmi les hommes qui ont consacré leur existence aux recherches scientifiques, il en est à qui une heureuse destinée a donné le temps de réaliser tout ce qu'avait rêvé leur jeunesse ardente à connaître, et désireuse de produire. Pour parler dignement d'eux, il suffit de mettre en relief les vérités qu'ils ont su découvrir et analyser les livres qu'ils ont écrits ; car, en réalité, leur vie, c'est leur œuvre, et on ne saurait faire d'eux un plus grand éloge qu'en mettant leur nom à côté des idées nouvelles qu'ils ont émises.

Moins heureux sont ceux que la mort a frappés, alors que la tâche qu'ils se sont donnée n'est pas entièrement accomplie, alors que leur intelligence, dans tout son essor,

allait porter la lumière sur un de ces problèmes obscurs, à la solution duquel ils se sentaient appelés; ils meurent sans avoir pu récolter, semblables au laboureur qui, après avoir amoureusement creusé ses sillons et semé son grain, se voit emporté par la maladie au moment même où tout lui promettait de riches et abondantes moissons. De tels hommes méritent aussi qu'on les apprécie et qu'on les loue, ne serait-ce qu'afin de pouvoir rappeler les espérances qu'on fondait sur eux et raconter cette jeunesse laborieuse, ces efforts incessants, ces luttes toujours pénibles, parfois même cruelles, que tous les savants devenus illustres ont connues, mais qui sont presque toujours laissées dans l'ombre par leurs panégyristes.

La Société médico-psychologique a eu la douleur de perdre plusieurs de ses membres à l'âge où, à des titres divers, ils pouvaient encore rendre de longs services à la science et à l'humanité; mais il en est un surtout qu'une mort, triste entre toutes, a prématurément enlevé à l'affection des siens dont il était l'orgueil, et à la culture de la médecine mentale qu'il honorait de ses travaux. Je veux parler de Marcé. Beaucoup d'entre vous, Messieurs, l'ont personnellement connu et ont pu apprécier sa nature droite et son intelligence élevée; tous, nous avons lu ses écrits, et je crois être dans la vérité en disant que son *Traité*, à la fois si clair et si méthodique, a permis à plusieurs générations de médecins de se familiariser avec un groupe de maladies qu'aucun enseignement officiel ne leur avait fait connaître.

Louis-Victor Marcé naquit à Paris, le 3 juin 1828. Sa famille, originaire de Châtellerault, était venue, vers la fin du dix-septième siècle, se fixer à Nantes, où plusieurs de ses membres ont occupé des situations d'une certaine importance.

Ainsi, un de ses ancêtres, avocat au parlement, fut député aux États de Bretagne, en 1752; un autre fut conseiller du roi au Présidial. Son père qui, pendant la Révolution, avait rendu des services au parti de l'émigration, en fut récompensé, au retour des Bourbons, par une place dans l'administration des domaines. Fonctionnaire exact et dévoué, il avait cependant une passion que je n'hésiterai pas dans le cas présent à qualifier de malheureuse : il aimait la littérature et cultivait les muses. Se sentant à

l'étroit dans une ville de province et convaincu sans doute qu'il avait mieux à faire que de s'occuper des biens de la couronne, il donna sa démission, quitta Nantes et vint se fixer à Paris. Il s'y maria. Pour subvenir aux besoins de sa nouvelle famille, il tenta quelques entreprises, tout en publiant deux volumes de vers ; mais la poésie ne lui donna pas plus la gloire que le commerce ne lui procura la fortune. Aussi, lorsqu'il mourut, laissa-t-il sa veuve et son fils, à peine âgé de six ans, dans un état voisin de la gêne.

Dans des circonstances si pénibles et si douloureuses, le jeune orphelin eut le bonheur de trouver un second père dans un de ses cousins, le docteur Marcé, médecin de l'Hôtel-Dieu de Nantes et professeur de l'Ecole de médecine de cette ville. Ce praticien distingué, dont la science et le dévouement ont été vivement appréciés par tous ceux qui l'ont approché, avait pris pour maxime de sa vie cette noble devise : « Acquérir le plus de lumières possible pour les faire servir au bien général. » On comprend quelle influence devait avoir sur un jeune esprit un tel éducateur.

Placé au lycée, le jeune Victor remporta constamment des succès qui, s'ils ne sont pas toujours un gage assuré d'un bel avenir, sont du moins la preuve d'une intelligence éveillée, d'une volonté ferme, et d'un amour persévérant pour le travail. Pour lui cependant, ces succès, commencés sur les bancs du collège, devaient continuer. Élève de l'Ecole de médecine et des hôpitaux de Nantes, il y fit, pendant quatre ans, des études solides et brillantes.

Mais tout l'appelait à Paris, le besoin de prendre ses grades, le désir de compléter son instruction médicale, et peut-être aussi un secret espoir d'y conquérir une de ces positions qui manquent rarement au travail opiniâtre mis au service de réelles aptitudes. Fontenelle dit quelque part⁽¹⁾ : « C'est un bonheur pour les savants, que leur réputation doit amener à Paris, d'avoir eu le loisir de se faire un bon fonds dans le repos de la province ; le tumulte de Paris ne permet pas assez qu'on fasse de nouvelles acquisitions, si ce n'est celle de la manière de savoir. » Marcé, en entrant résolument dans la voie des concours, donna la preuve qu'il avait acquis ce « bon fonds » et qu'il n'ignorait pas la manière de le faire fructifier. Il fut nommé in-

(1) Eloge de M. Malézieu.

terne le troisième de la promotion de 1851 et obtint la médaille d'argent au concours de fin d'année de 1853. En 1856, il concourut pour la médaille d'or ; mais malgré des épreuves, dont tous les contemporains se plaisent à reconnaître le mérite, il ne lui fut décerné qu'une médaille d'argent récidivée ; en revanche, il remporta le grand prix de l'École pratique. La même année, il soutint sa thèse de doctorat, sur un sujet de chirurgie : *Les Kystes spermatiques*, travail que les juges compétents considèrent comme original et digne d'être consulté.

Par quel concours de circonstances, Marcé, que des études spéciales et l'appui du maître éminent (1) dont il était l'interne, semblaient devoir porter vers la chirurgie, se trouva-t-il conduit à se livrer à l'étude des maladies mentales ? S'y sentait-il poussé par une sorte d'attrait irrésistible, par une inclination naturelle de son esprit ? Nous ne le pensons pas ; et nous verrons dans un instant que ce furent des causes moins mystérieuses, quoique très imprévues, qui le firent entrer dans une nouvelle voie.

Une fois docteur, il ne fut pas longtemps tourmenté par ces hésitations qui semblent pourtant si naturelles lorsqu'il s'agit de fixer son existence. Paris le retint définitivement, et c'est par les concours des hôpitaux et de la Faculté qu'il comptait arriver au but de ses désirs. Sans fortune, il n'eut d'autre moyen pour attendre la clientèle que de donner des leçons et, si l'on en croit ceux qui l'ont connu, ce ne fut pas sans un grand succès. Au nombre de ses élèves, s'en trouvait un qui s'était spécialement attaché à lui et qui, fier de son jeune professeur, voulut le présenter à sa famille : c'était le fils de Pelouze, chimiste illustre, membre de l'Académie des sciences, président de la commission des monnaies.

Les salons de l'Hôtel des monnaies étaient alors le rendez-vous de tout ce que les sciences et en particulier les sciences mathématiques et physiques comptaient de représentants distingués ; membres de l'Institut, professeurs du Collège de France, du Muséum ou de la Sorbonne, aimaient à se rencontrer chez un de leurs collègues les plus éminents. On comprend sans peine que ce fut pour Marcé un sujet de grande satisfaction d'être mis ainsi en relation avec des

(1) Velpeau.

savants dont un grand nombre portaient des noms illustrés par des découvertes. Mais, amené d'abord dans cette maison hospitalière par une curiosité bien légitime, il ne tarda pas à y être attiré par un sentiment plus vif, je dirais volontiers plus impérieux. Dans ces salons, où les hommes graves et réfléchis occupaient la plus grande place, il se trouvait cependant un coin où les hautes mathématiques, la physique, la chimie et les sciences en général ne faisaient sans doute jamais le sujet des conversations, c'était celui réservé aux jeunes gens et dont les gracieuses filles de Pelouze faisaient les honneurs. Quelque sérieux que fût Marcé, il était trop jeune encore pour ne pas se complaire dans la société des personnes de son âge. On devine aisément ce qui arriva. Dans le groupe des jeunes filles qu'il avait coutume de voir, son cœur distingua celle qui devait devenir la compagne de sa vie, et avec cette promptitude de décision qui était le fond de son caractère, il s'ouvrit au père lui-même de ses sentiments. Pelouze, qui avait pris en amitié le jeune professeur de son fils et appréciait la vivacité de son intelligence et son ardeur au travail, ne trouva d'autre objection à son consentement que le manque de position du candidat à la main de sa fille. Marcé, qui n'était pas homme à reculer devant une difficulté quelle qu'elle fût, ne perdit pas de temps et se mit immédiatement à la recherche de la position qu'on lui demandait. Il faut avouer que le hasard le servit à souhait. MM. Baillarger et Moreau (de Tours) cherchaient à ce moment un homme jeune, actif et intelligent pour l'associer à la direction de la maison de santé, fondée par Esquirol à Ivry-sur-Seine. Notre fiancé apprend cette nouvelle. Sans perdre de temps, il va se présenter; ses succès antérieurs, sa jeunesse, son ardeur à s'instruire, tout fait pencher la balance en sa faveur; il est agréé. Tous les obstacles sont alors aplanis et le mariage tant désiré a lieu. Voilà comment le corps médical compta un aliéniste de plus et un chirurgien de moins.

De nouveaux devoirs allaient incomber à Marcé, il prouva qu'il était à la hauteur de la tâche. Quant aux nouvelles connaissances qu'il eut à acquérir, son esprit, assoupli par une forte éducation médicale, arriva promptement à se les assimiler. Mais il n'est pas sans intérêt de rechercher quels ont été ses guides dans ses études sur l'aliénation mentale.

Deux écoles régnaient alors qui, pour atteindre au même

but, suivaient des voies opposées. Toutes deux, elles le reconnaissent, dérivent de Pinel et d'Esquirol ; mais elles n'ont pas gardé aux principes de leurs maîtres une égale fidélité. — La première, celle qui se montre toujours gardienne dévouée des traditions, conserve avec soin la méthode et la classification de ces deux illustres aliénistes, et ne voit de progrès que dans l'application de l'une et dans le développement de la seconde : cette méthode, c'est l'analyse psychologique des phénomènes symptomatiques de la folie ; cette classification, elle est tout entière dans la distinction des vésanies en quatre grands groupes : la manie, la lypémanie, la monomanie et la démence, sortes d'entités pathologiques abstraites dont on multiplie à volonté les variétés selon que prédominent telles ou telles idées délirantes. De là, la grande importance donnée aux détails, la nécessité d'accumuler les faits dont la contradiction empêche parfois d'arriver à des conclusions. Mais de là aussi, une connaissance plus approfondie et plus exacte des symptômes et une richesse de matériaux où n'auront plus qu'à puiser ceux qui se sentiront le besoin de se faire une synthèse. — La seconde, au contraire, sans renier les traditions du passé ni les services rendus, admet qu'Esquirol n'a pas dit le dernier mot de la science, que sa méthode ne lui a permis d'entrevoir qu'un des côtés de la question et que, s'il nous a légué des matériaux de la plus incontestable importance, ils ne doivent être employés que pour construire un nouvel édifice. Comme la première, cette école prend pour base l'étude des faits ; mais dans l'observation de ces derniers, elle s'applique surtout à rechercher l'enchaînement des symptômes et, dans cet enchaînement, elle trouve la raison d'être de types morbides mieux définis que ceux d'Esquirol et qui doivent servir d'éléments à une nouvelle classification. Le but et la méthode sont donc tout synthétiques.

Que l'une et l'autre de ces deux écoles aient rendu des services à la science, qui oserait en douter ? Mais ce qui paraîtra peut-être étonnant, c'est que ce sont les découvertes faites par les plus fidèles disciples d'Esquirol, qui ont surtout contribué à ébranler l'œuvre du maître et donné raison aux fidèles de la seconde école. La logique et les faits sont toujours plus forts que les systèmes.

Les deux doctrines, dont nous venons d'esquisser les

caractères distinctifs, étaient alors représentés à la Salpêtrière par deux hommes éminents, dont les travaux laisseront une trace profonde dans l'histoire de la médecine mentale : je veux parler de M. Baillarger et de Falret père. Tous deux enseignaient et attiraient à leurs cours une foule attentive de disciples, venus de tous les points de la France et même de l'étranger. C'est à cet enseignement non officiel de la Salpêtrière, ne l'oublions pas, que vinrent s'instruire dans la pathologie mentale un grand nombre d'hommes distingués dont plusieurs, devenus maîtres à leur tour, sont aujourd'hui l'honneur de notre science, et dont les autres sont allés diriger, organiser et même créer tous ces asiles qui témoignent des progrès qu'a faits dans notre pays l'assistance publique des aliénés.

Marcé, par sa situation et peut-être aussi par la tendance de son esprit essentiellement analytique, se trouva naturellement conduit à suivre l'enseignement de M. Baillarger, dont tous ses travaux portent pour ainsi dire l'empreinte. Qu'il s'agisse de méthode, de doctrine ou de classification des maladies mentales, on retrouve toujours chez lui l'influence du maître. Mais quelles que soient les œuvres qu'il ait laissées, — monographies, ouvrages de vulgarisation ou mémoires originaux, — elles portent toutes le cachet de sa faculté maîtresse, la clarté de l'exposition.

En un de ces mémoires qu'on se plaît à lire parce qu'il vous oblige à penser, Esquirol a tracé un tableau rapide de l'aliénation mentale des nouvelles accouchées et des nourrices ; mais il n'a pu en une vingtaine de pages épuiser un tel sujet, il a voulu seulement, pour me servir de ses propres expressions, « répandre quelques lumières sur un point de pratique d'autant plus important qu'il intéresse un grand nombre de femmes. » Il appartenait à Marcé de reprendre cette question, de l'étudier sous toutes ses faces et d'en faire l'objet d'une monographie qui tient une des places les plus honorables dans la littérature médicale de notre époque.

Un point de doctrine se présente d'abord à l'esprit : la folie puerpérale doit-elle être rangée dans la classe des folies sympathiques ? Il est utile d'établir ici quelques distinctions. Ainsi, on ne doit considérer comme sympathiques d'une affection utérine, par exemple, que les troubles intellectuels qui naissent et se développent avec la lésion

organique, mais se dissipent avec sa guérison. Quant aux cas où la maladie mentale, développée par sympathie pure, se sépare ensuite de la maladie primitive, suit son évolution naturelle, malgré la disparition de la cause qui lui a donné naissance, et parfois finit même par devenir incurable, — ce sont là des exemples de ce qu'on peut appeler la *sympathie imparfaite*.

Appliquant ces principes à la folie puerpérale, Marcé n'a pas de peine à prouver que les faits de la première catégorie sont les plus rares, qu'en somme ne sont réellement sympathiques que les accès passagers de folie liés à l'acte de l'accouchement et disparaissant dès que le travail est terminé, les affections mentales survenant au moment de la conception ou pendant les premiers jours de la grossesse et guérissant avec la cessation de l'état puerpéral, ou enfin les cas où un délire de quelques heures accompagne la fièvre de lait et disparaît avec elle. La sympathie, dans ces faits, n'est pas douteuse; elle est même complète. Elle l'est beaucoup moins, lorsqu'il n'y a « sympathie de l'utérus qu'avec la période initiale de la folie » et que celle-ci continue son évolution alors que le premier est depuis longtemps revenu à son état normal; et elle existe à peine dans les folies qui se développent à la suite de l'accouchement, pendant l'allaitement ou après le sevrage.

Ce point de doctrine ainsi résolu, Marcé passe en revue les différentes formes de folie qui peuvent s'observer pendant la grossesse, chez les nouvelles accouchées, enfin chez les nourrices. Il n'a garde d'oublier ces troubles bizarres qu'on décore du nom d'envies chez les femmes enceintes, ces actes impulsifs, souvent délictueux, parfois criminels, qui sont comme une des caractéristiques de la folie puerpérale. Avoir démontré ce fait, n'est-ce pas avoir résolu une des plus importantes questions de la médecine légale? Et n'est-ce pas à l'honneur de la psychiatrie d'être arrivé à prouver l'inconscience et le caractère morbide de tels actes, et de pouvoir arracher à des peines infamantes les pauvres malades qui les commettent?

Marcé, en réunissant et en coordonnant tous les documents relatifs à des questions si controversées, a rendu un réel service à la science et à la pratique médicale. Son travail, « par le nombre et l'importance des faits qu'il contient, et par les conséquences que l'auteur a déduites de

l'observation, a jeté de nouvelles lumières sur un sujet très important de la pathologie mentale. » Ce dernier jugement, que je me plais à consigner ici, est de Claude Bernard; on ne sera donc pas surpris qu'après de telles prémisses, l'illustre physiologiste, rapporteur du concours de médecine et de chirurgie à l'Académie des sciences, ait conclu à ce qu'une récompense fût accordée à l'œuvre dont il venait de faire un éloge mérité.

Les troubles intellectuels et moraux qui surviennent dans le cours des névroses convulsives ont été, depuis un quart de siècle, l'objet d'études approfondies qui ont éclairé d'un jour nouveau toute une série de phénomènes pathologiques. Ce qui était longtemps confondu, présente aujourd'hui des distinctions nettes et bien tranchées, grâce aux travaux de sagaces cliniciens. C'est ainsi que l'état mental des épileptiques a trouvé des historiens qui ont laissé peu à glaner après eux; la psychologie morbide des hystériques, quoique bien ondoyante et très diverse, préoccupe trop aujourd'hui pour que, tôt ou tard, on ne puisse donner un tableau d'ensemble des perversions morales de ces malades; quant à l'état mental des choréiques, c'est à Marcé que nous en devons la première description, qui peut être considérée comme complète, puisqu'on y a peu ajouté depuis lui. C'est le 12 avril 1859, qu'il vint lire à l'Académie de médecine l'important mémoire qu'il avait écrit sur ce sujet.

Ce travail peut se résumer en quelques lignes. Le choréique peut présenter des troubles de sensibilité morale, consistant en un changement notable du caractère qui devient bizarre et irritable, avec une tendance inaccoutumée à la gaieté et surtout à la tristesse; en même temps, on observe quelques lésions de l'intelligence, la mémoire est diminuée, les idées sont plus mobiles, l'attention ne peut se fixer. Dans quelques cas graves, on voit éclater un véritable délire maniaque qui, le plus souvent, est le prélude d'une mort certaine. Mais l'élément morbide le plus curieux, celui sur lequel Marcé a le premier attiré l'attention, ce sont les hallucinations de la vue, de l'ouïe et de la sensibilité générale, dont les plus importantes sont celles du premier de ces sens. On sait en quoi elles consistent; les malades voient toutes sortes d'objets effrayants, fantômes, têtes de morts, cimetières, ou bien des animaux, tels que

lions, loups, chiens, chats, etc. Qui n'est frappé de la similitude qui existe entre ces visions et celles des hystériques et des alcooliques?

Un autre point, qui a attiré l'attention de Marcé, c'est l'immunité que présentent un tiers au moins des choréiques quant à ces troubles intellectuels. Il en a cherché la cause dans le sexe et l'âge des patients, dans l'étendue et l'intensité des mouvements choréiques, dans l'acuité et la chronicité de la maladie. Aucune de ces conditions ne lui fournit une réponse satisfaisante. — Un médecin allemand, Arndt, croit résoudre cette difficulté en avançant que la chorée est une affection psychique dont les désordres moteurs ne sont qu'un épiphénomène. C'est renverser la proposition, sans la résoudre; et c'est surtout ne pas tenir un compte suffisant des faits de chorée sans trouble mental. La question n'est donc pas résolue, elle reste en litige.

Mais ni ses nouvelles fonctions, ni ses travaux, quelque absorbants qu'ils pussent être les uns et les autres, n'empêchaient Marcé de poursuivre ses études de médecine générale; car il n'avait pas abandonné le dessein de se présenter à l'agrégation. Au concours de 1860, il entra résolument dans la lice; les concurrents étaient redoutables. Lorsqu'on lutte avec des concurrents qui se nomment Charcot, Laboulbène, Lorain, Parrot, Potain, Vulpian, on peut s'estimer heureux de vaincre avec eux. A Marcé devait échoir un plus grand honneur, il fut nommé le premier. La thèse qu'il eut à soutenir avait pour sujet l'étude *des altérations de la sensibilité*. Malgré les progrès de la science, on peut encore aujourd'hui lire avec intérêt et non sans profit ce travail d'une centaine de pages sur cette intéressante question de pathologie générale.

L'éclatant succès qu'il venait de remporter eut, pour le jeune agrégé, outre la situation qu'il conquerrait à la Faculté de médecine, une autre conséquence heureuse. En effet, il fut nommé, la même année, médecin des aliénés de la Seine et chargé de soigner les malades de la Ferme-Sainte-Anne, alors une annexe de Bicêtre; peu après, un des services de cet hospice étant devenu vacant, il fut appelé à en être le titulaire.

Délivré des soucis des concours et chef d'un important service d'aliénés, Marcé put enfin se livrer tout entier à ses

études de prédilection. Il continua avec succès, à l'École pratique, son enseignement des maladies mentales qu'il faisait déjà depuis quelques années, tout en consacrant ses veilles à la rédaction de son *Traité*, l'œuvre capitale de cette vie si laborieuse. Ce livre parut en 1862.

On a de tout temps reconnu la difficulté de composer un ouvrage didactique, clair en même temps que précis, d'une science quelconque ou seulement d'une partie de cette science. Que d'écueils à éviter, dont le moindre n'est pas d'être trop savant ! Mais combien plus grande est cette difficulté, lorsqu'il s'agit d'exposer les résultats d'une science qui est encore l'objet de constantes controverses ! Marcé eut le talent d'éviter ces difficultés et ces écueils ; désirant faire surtout œuvre de pratique médicale, il ne se perdit point dans les minuties et les discussions de doctrine ; et même dans ses descriptions, il se contenta d'effleurer les détails, s'appliquant surtout à bien faire ressortir les traits les plus essentiels et les plus saillants. Tracer à grands traits l'histoire des progrès de la psychiatrie à travers les âges ; indiquer les principes et les méthodes à suivre dans les recherches sur les maladies mentales ; exposer les faits généraux qui distinguent ces affections, les symptômes qui les caractérisent, les causes qui les produisent et les traitements, soit physiques soit moraux, à employer contre elles ; donner à la description des hallucinations et des illusions toute l'étendue que comporte leur importance dans l'étude de la folie ; puis, quittant le terrain des généralités, prendre l'une après l'autre les différentes formes d'aliénation mentale, les suivre dans leur étiologie, leur évolution, leur pronostic et leur traitement, montrer l'influence funeste que peuvent avoir sur le fonctionnement des facultés intellectuelles et morales les névroses convulsives et les substances toxiques ; terminer enfin par des considérations médico-légales sur la capacité et la responsabilité des aliénés : voilà ce que Marcé a entrepris avec une incontestable étendue de savoir et ce qu'il a exécuté avec un rare talent d'exposition.

Un tel livre, en même temps qu'il est un ouvrage didactique, est aussi un document historique ; car il sert à donner l'état exact de la science à l'époque où il a été écrit. Aussi n'est-il pas sans intérêt de l'examiner à ce point de vue. Qu'on le compare avec nos connaissances actuelles,

telles que les ont faites les progrès incessants accomplis durant les vingt années qui nous séparent de la date de sa publication, et on verra sans peine que, s'il s'y trouve peu de pages surannées à supprimer, il y a cependant bien des choses à modifier et nombre d'autres à ajouter.

Son ouvrage paru, Marcé aurait eu le droit de se reposer. Il n'en fit rien, estimant sans doute, avec César, que rien n'est fait tant qu'il reste quelque chose à faire. Lui qui venait de terminer l'inventaire de notre savoir en pathologie mentale, il connaissait mieux que personne quelles en étaient les lacunes et où se trouvaient les points faibles. Essayer de fortifier quelques-uns de ces points faibles, tenter de combler quelques-unes de ces lacunes, telle sera l'œuvre, éminemment utile, à laquelle il s'attacha avec sa force de résolution ordinaire.

Dès l'année suivante (1863), il publie dans la *Gazette médicale de Paris* des recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur la démence sénile et sur la différence qui existe entre elle et la paralysie générale. Dans ce travail, Marcé cherche à démontrer que la démence sénile ne constitue pas une entité morbide distincte, ainsi qu'on est généralement porté à le croire, mais qu'elle est plutôt un ensemble symptomatique qui se rattache à diverses affections organiques du cerveau, et notamment à l'apoplexie et au ramollissement. Cet ensemble symptomatique comprend des troubles de la motilité, qui est plus ou moins abolie, et d'autres du côté de l'intelligence, qui offre comme lésion principale un affaiblissement progressif, sur lequel viennent se greffer accidentellement des idées délirantes, du délire maniaque ou du délire mélancolique.

Voilà donc deux ordres de symptômes bien nettement caractérisés, dont il est important de déterminer les causes anatomiques. Pour résoudre le problème, Marcé fit de nombreuses autopsies et s'aida, pour les recherches microscopiques, des lumières de savants autorisés tels que MM. Ch. Robin et Luys. La conclusion qu'il crut pouvoir tirer de toutes ses observations, c'est que les troubles de la motilité s'expliquent toujours par des lésions organiques placées sur le trajet ou à l'origine des fibres motrices, et qu'à l'affaiblissement de l'intelligence correspondent l'atrophie des circonvolutions, l'infiltration graisseuse et l'oblitération plus ou moins complète des capillaires, la dégénéres-

cence athéromateuse des cellules et des tubes nerveux.

Mais ce n'est là que la première partie de la tâche que s'est imposée l'auteur; la seconde, non moins importante, a pour objet l'étude des rapports de la démence sénile et de la paralysie générale. Pour qui reconnaît que cette dernière affection est le triste privilège de la période moyenne de l'existence, qu'elle n'atteint les individus que de trente à quarante-cinq ans, l'âge suffit pour la distinguer de la démence sénile. Mais il est des cliniciens qui admettent une paralysie générale des vieillards; ceux-là recherchent nécessairement des moyens de diagnostic permettant de distinguer les deux états morbides. Voici ceux que leur fournit Marcé: Dans la démence sénile, hémiplegie du bras et de la jambe fréquente et surtout persistante; hémiplegie de la face avec abaissement d'une des commissures labiales; déviation de la langue; parole pâteuse, confuse, mal articulée; amnésie verbale; au point de vue des symptômes psychiques, jamais de délire ambitieux. Dans la paralysie générale, au contraire, l'hémiplegie, lorsqu'elle se produit, n'est que passagère; la langue n'est pas déviée, mais elle présente à sa surface, lorsqu'elle est étalée hors de la bouche, des ondulations et des contractions fibrillaires caractéristiques que l'on retrouve au niveau des muscles des lèvres; la parole est scandée et hésitante; le délire des grandeurs, s'il n'est pas pathognomonique, est du moins fréquent.

Ce n'est pas le lieu de discuter toutes ces assertions pour savoir si elles sont bien ou mal fondées, encore moins de rechercher si les descriptions anatomo-pathologiques de Marcé sont tout à fait conformes à celles qu'on trouve dans de plus récents travaux. Quelles que soient les conclusions auxquelles sont arrivées une analyse clinique plus précise et des études micrographiques plus exactes, il n'en faut pas moins reconnaître que le mémoire de Marcé est une œuvre dans laquelle on se plaît à voir cette alliance heureuse de la clinique et de l'anatomie pathologique, qui a fait faire tant de progrès à la médecine.

Au mois d'octobre de la même année, se tenait à Rouen la première session du Congrès médical de France. Marcé s'y rendit pour donner communication d'un travail sur la valeur des écrits des aliénés au point de vue de la sémiologie et de la médecine légale.

Qui ne connaît cette parole d'un célèbre policier :

« Donnez-moi deux lignes d'un homme, et je me charge de le faire pendre » ? Je doute que l'on ait jamais pris au mot l'auteur de cette cynique boutade ; car, pour ne pas se démentir, il eût été capable de pourvoir tous les gibets qui existaient de son temps. On ne nous prêterait pas des intentions aussi noires, si nous émettons l'axiome suivant : « Avec une page écrite par un aliéné, il est possible de dire de quelle forme de folie il est atteint. » Et de fait, il vous est arrivé à tous, messieurs, d'avoir à donner votre avis sur l'état mental d'un individu d'après l'inspection seule de ses écrits : lettres, testament, pensées intimes, confessions, que sais-je ? Dans ce cas, on dissèque avec soin, passez-moi cette expression, et le fond et la forme de ces autographes : si le fond est extravagant, s'il s'y manifeste toutes sortes de conceptions délirantes, votre diagnostic est aussi facile que si vous entendiez le malade extravaguer devant vous. A première vue, la bizarrerie de la forme est assez frappante pour ne pas laisser de doute dans votre esprit. Dans certains cas, au contraire, il faut examiner l'écriture pour ainsi dire à la loupe et l'on arrive à découvrir que des syllabes manquent à tel ou tel mot, les lettres sont moins régulièrement formées, les ratures sont nombreuses. Toutes les données que nous possédons sur les modifications de l'écriture et leurs relations avec l'état mental de l'aliéné, sont présentées avec beaucoup de méthode dans l'opuscule de Marcé, qui a rendu un service signalé à la médecine légale des aliénés en le publiant.

Quelques esprits distingués croyaient le moment venu de faire pour la médecine de la seconde moitié de notre siècle ce que les dictionnaires en soixante et en trente avaient si utilement fait pour celle de la première. De cette idée sont nés les deux monuments que nous voyons s'élever à notre science, et qui feront honneur à ceux qui les ont conçus et qui consacrent leur existence à les terminer. On fit, dès le principe, appel à tous les travailleurs ; Marcé qui, à tous égards, méritait ce titre, devint un des collaborateurs du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, publié sous la direction de M. le Dr Jaccoud. Il y donna successivement les articles Anthropolopagie, Berlué, Catalepsie, Céphalomètre et Céphalométrie.

Tous ces travaux avaient acquis à leur auteur une réputation justement méritée ; son enseignement libre sur les

maladies mentales était très goûté, et vous ne serez pas étonnés, messieurs, que, suppléant en 1862 Andral dans sa chaire de pathologie générale, il ait réussi, après ce maître éminent, « à attirer et à fixer dans le grand amphithéâtre de l'école de médecine un public si insaisissable d'habitude, et si rebelle à cette partie de l'enseignement (1). »

A l'époque où nous sommes arrivé de son existence, Marcé avait à peine trente-six ans. S'il était une situation, belle entre toutes, c'était sans contredit la sienne : réputation, fortune, considération, bonheur domestique, rien ne lui manquait. Des jaloux, il en avait peut-être, mais non des envieux. Les premiers, il les désarmait par la simplicité de ses goûts et de ses manières, par l'aménité de son caractère, par son dévouement à ses amis ; quant aux seconds, s'il en avait, il ne s'en occupait guère et avec raison, car « il ne faut pas tenter de contenter les envieux, » selon l'expression de Vauvenargues.

La vie, pour Marcé, n'était que l'accomplissement continu de son devoir. Travailleur infatigable, il était levé dès l'aube, et, depuis le matin jusqu'à bien avant dans la nuit, il n'était occupé que de ses malades et de ses travaux scientifiques ; rarement il prenait de la distraction et encore ne la cherchait-il que dans les doux épanchements de la vie de famille et surtout dans la société de sa femme et de ses trois petits enfants.

Mais le labeur sans trêve auquel il s'était assujéti aurait ébranlé une nature plus solide et plus fortement trempée que la sienne. Il finit cependant par reconnaître qu'il avait besoin d'une hygiène cérébrale meilleure que celle qu'il suivait depuis plusieurs années. Il sentait qu'un repos absolu lui était nécessaire et une occasion heureuse lui permit de mettre son projet à exécution.

Une de ses belles-sœurs, M^{me} Pelouze, venait d'acquérir le château de Chenonceau, cette « belle maison assise sur la rivière du Cher, en beau et plaisant pays », comme dit François I^{er}. Vivement éprise des arts, elle se proposait de consacrer son temps et sa fortune à la restauration de ce chef-d'œuvre de l'art de la Renaissance. Marcé vint passer

(1) Laborde *l'Éloge de Marcé, prononcé à la séance solennelle de la société anatomique, le 40 février 1865, Broch. in-8°, Paris, 1865, p. 16 :*

quelque temps dans ce séjour enchanteur, et il y trouva, en même temps que le repos physique, cette tranquillité d'esprit dont il avait tant besoin. Il se promettait d'y revenir chaque année autant pour passer quelques jours de vacances, d'ailleurs bien gagnés, que pour voir les progrès de ces délicats et savants travaux destinés à rétablir les parties de ce monument que le temps avaient détruites ou que les hommes avaient détériorées.

Tous ces projets ne devaient pas se réaliser. Une maladie cruelle et terrible, que rien ne permettait de prévoir, vint frapper Marcé et, lorsqu'on apprit sa mort, dans le courant du mois d'août 1864, elle plongea tout le monde dans la stupeur.

Je n'essaierai pas de dépeindre le deuil et la consternation dans lesquels cette catastrophe jeta sa famille et ses amis. Ma plume se refuse à décrire l'immensité de la douleur de la compagne de sa vie. S'il est des adoucissements à de tels maux, elle les trouva dans la touchante affection de son père. La fin prématurée et subite de son gendre fut pour Pelouze, ainsi que nous l'apprend son biographe (1), « une occasion de montrer tout ce dont était capable sa tendresse. Les soins touchants dont il entourait sa fille et ses petits-enfants, devenus orphelins, disaient qu'il eût voulu prendre pour lui seul les douleurs qui pesaient sur ces têtes si chères. »

La mort de Marcé laissa un grand vide dans la Société médico-psychologique. Les regrets furent unanimes : regrets profonds de perdre un collègue qui avait su se faire aimer et estimer de tous, regrets non moins vifs de voir s'éteindre une si belle intelligence, dont les importants travaux sur la médecine mentale permettent de juger ce qu'elle aurait pu produire encore pour le progrès de cette science.

La séance est levée à six heures.

Dr PAUL GARNIER

1) Dumas, *Étude de Pelouze*.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX FRANÇAIS.

Année 1881 (suite).

2^e Tribune médicale

- 4^e De l'élongation des nerfs dans les névralgies et dans les douleurs fulgurantes de l'ataxie locomotrice (nos 646, 657).

Constatation des heureux résultats obtenus par l'élongation du nerf sciatique, chez le malade de M. Debove, le premier opéré en France.

- 2^e Recherches expérimentales sur le mode d'action physiologique des principales substances médicamenteuses qui agissent sur la pupille; par Fitz-Gerald et Laborde (nos 648, 657).

Les conclusions générales formulées par les auteurs sont les suivantes :

1^o L'effet des substances qui agissent sur l'iris, en amenant, soit une contraction, soit une dilatation pupillaires, diffère essentiellement, d'une façon générale, selon que ces substances sont introduites par absorption physiologique générale ou par application locale;

2^o Parmi les substances qui ont pour effet de rétrécir la pupille (myotiques), il en est, comme la *morphine* et l'*ésérine*, qui produisent ce rétrécissement par une influence réelle sur le nerf moteur oculaire commun, et par une excitation fonctionnelle, soit de ses fibres conductrices, soit des cellules de son noyau d'origine;

3^o D'autres, telle que la *pilocarpine*, paraissent exercer une action paralysante simultanée sur le sympathique et sur la troisième paire, de manière à permettre une prédominance ultime (contracture) du sphincter pupillaire;

4^o L'action fonctionnelle de la branche ophthalmique de la cinquième paire semble jouer un rôle actif, dans la production, par mécanisme réflexe, du myosis ou de la mydriase, à la suite de l'application locale des substances qui provoquent l'un ou l'autre de ces effets;

5° L'action mydriatique de l'atropine paraît être l'effet d'une paralysie fonctionnelle de la troisième paire;

6° L'action périphérique ou locale desdites substances s'exerce directement sur la propriété contractile de la fibre lisse du muscle irien, — et peut-être simultanément sur les cellules ganglionnaires intra-iriennes.

3° *Recherches sur la détermination expérimentale des effets de l'élongation des nerfs et du mécanisme de ces effets dans l'état pathologique et dans l'état physiologique*; par M. Debove et Laborde (n° 651, 653).

4° *Etude clinique sur les impulsions et les actes d'aliénés*, leçon faite à l'asile Saint-Anne par M. Magnan (n° 656, 657, 658).

A l'époque où la monomanie régnait en maîtresse absolue, chaque forme d'impulsion était considérée comme une maladie spéciale. C'est ainsi que l'on avait la monomanie homicide, la monomanie suicide, la monomanie, du vol ou kleptomanie, la monomanie incendiaire ou pyromanie, etc. Aujourd'hui tout le monde reconnaît que ces impulsions ne sauraient constituer de véritables entités morbides, et qu'elles ne sont qu'une simple manifestation d'états pathologiques divers, auxquels elles empruntent une physionomie propre et des caractères particuliers.

C'est ce qu'admet M. Magnan, qui, après avoir rapporté quelques faits intéressants, conclut en ces termes :

« Ces exemples suffisent pour montrer que l'impulsion, quelque extraordinaire qu'elle soit, quelque grave que soit l'acte auquel elle donne lieu, ne saurait être regardée comme toute la maladie, et que la monomanie impulsive, loin d'être une maladie distincte, n'est, en définitive, qu'un épisode de différents états pathologiques, qu'il faut, avant tout, déterminer. »

5° *De l'élément mental dans l'étiologie de la goutte*; par le Dr Mortimer Granville (n° 667).

Traduction d'un intéressant article, publié dans *The Lancet* par le Dr Mortimer Granville à l'occasion de la mort du célèbre ministre anglais lord Beaconsfield.

L'idée principale de l'auteur est que les accidents de la goutte sont le résultat de la rupture de l'équilibre entre l'énergie mentale potentielle et la transformation de cette énergie en force cinétique, c'est-à-dire entre le travail cérébral devenu excessif, et la dépense musculaire restée insuffisante. D'où cette conclusion que le traitement de la goutte, dans toutes les formes,

dans toutes les variétés de son développement légitime ou masqué, doit être tout d'abord et en principe, un traitement *mental*. Il faut rétablir l'équilibre entre l'énergie mentale et les forces organiques, non seulement en réduisant la quantité des éléments azotés dans l'alimentation ou en recommandant des exercices propres à provoquer la consommation de la nourriture assimilée, mais encore en déterminant au point de vue intellectuel, chez le malade, les impulsions provocatrices de ces processus qui font de la vie une suite continuelle d'activités se détruisant mutuellement, à moins qu'elles ne soient réglées et contrôlées.

6° *Note sur l'alimentation forcée des aliénés sitiophobes par la sonde flexible de caoutchouc*; par Louis Auriol (n° 682).

L'auteur recommande dans l'alimentation forcée, chez les aliénés, l'emploi de la sonde flexible en caoutchouc, au lieu de la sonde rigide dont on se sert habituellement.

Outre que le procédé préconisé par l'auteur n'est pas nouveau, il n'a point encore tous les avantages que celui-ci lui attribue. Ainsi, s'il est bien vrai que la sonde flexible en caoutchouc peut suivre sans effort les sinuosités des fosses nasales sans érailler ni blesser la muqueuse et occasionner de vives douleurs et quelquefois des hémorragies, elle ne permet pas, comme M. Auriol le prétend, d'éviter sûrement l'entrée des vótes respiratoires. Avec elle, la fausse route est tout aussi à craindre qu'avec la sonde rigide, sans compter qu'on est souvent obligé, pour lui faire parcourir sa route, de l'armer d'un mandrin; sa flexibilité la faisant se courber et se replier sur elle-même avec une extrême facilité. C'est au moins ce que j'ai pu observer moi-même dans les nombreux essais que j'ai tentés lors de l'expérimentation de ma sonde d'épreuve, présentée à la Société médico-psychologique en décembre 1880.

7° *De l'influence des lésions des nerfs grand sympathique et trifurmeau et des lésions du bulbe rachidien sur la détermination de certaines affections de l'oreille*; par J. Baratoux (n°s 677, 678, 680, 681, 682, 683, 684).

La partie la plus importante pour nous de cette intéressante étude est celle qui a trait à l'hématome de l'oreille, que l'auteur considère non pas, avec Bonnet et Poincaré, comme « de véritables aploplexies congestives ayant leur raison d'être dans la dégénérescence graduelle du sympathique finissant par se

frapper de plus en plus de léthalité, » mais comme le résultat d'une altération du centre vaso-moteur.

A l'appui de son idée, M. Baratoux fait remarquer que jamais aucun expérimentateur n'a observé l'existence d'une tumeur sanguine appréciable à l'oreille et consécutive à la section du grand sympathique : ni Longet, ni Cl. Bernard, ni Brown-Séquard, ni leurs élèves n'ont signalé un cas d'hématome à la suite de cette opération. Au contraire, Brown-Séquard a montré que les lésions des corps restiformes pouvaient déterminer une tumeur sanguine dans le pavillon. L'auteur lui-même a pu en produire une dans l'une de ses expériences.

Il semblerait donc, conclut-il, que ce serait à une altération de cette partie de l'axe cérébral où est situé le centre vaso-moteur qu'il faudrait rattacher la production de l'hématome spontané, et aussi certains cas de vertige de Ménière qui seraient déterminés par une hémorragie de l'oreille interne.

3^e France médicale

1^o *Suppuration d'un goître dans la convalescence d'une fièvre typhoïde, — Guérison du goître; par M. Weill (n^o 5).*

2^o *Nouvelles recherches cliniques, propres à démontrer que le cer-velet est le centre nerveux coordinateur des mouvements néces-saires à la station et à la marche, considérées sous toutes leurs formes et espèces; par M. le professeur Bouillaud (n^o 25).*

En 1824, Flourens lisait à l'Institut un mémoire dans lequel il annonçait que, au moyen de nombreuses expériences, il avait démontré que le cervelet était l'organe de tout un nouvel ordre de mouvements coordonnés, volontaires, auxquels, selon lui, le cerveau restait complètement étranger sous le rapport de leur coordination.

En ce dernier point, il se trompait beaucoup; mais en ce qui concerne les mouvements de la station, de l'équilibration et de la marche, il avait fait une belle découverte, qui lui valut les éloges de son illustre rapporteur Cuvier. En 1828, c'est-à-dire quatre ans après, M. Bouillaud publia à son tour dans les *Archives générales de médecine* un premier travail sur ce sujet dans lequel, contrairement aux opinions de Gall relativement aux fonctions du cervelet, il tendait à penser que cet organe est le centre législateur des mouvements de la marche et de l'équilibration.

Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis plus d'un demi-siècle, M. Bouillaud n'a cessé d'observer des cas en accord com-
p

avec son opinion de 1828. Il cite deux faits intéressants, d'autant plus probants qu'ils ont été recueillis par d'autres observateurs.

3^o *Accidents aigus dans le cours d'un goître exophtalmique*; par M. P. Merklen (n^o 29).

Accidents aigus dans le cours d'un goître exophtalmique datant de six ans. Fièvre, diarrhée, hyperesthésie générale. Intermittences prolongées du cœur suivies d'accès épileptiformes. Guérison des phénomènes aigus.

4^o *Goître exophtalmique. — Accidents aigus ataxiques avec parésie des membres inférieurs et intermittences du cœur*, par le D^r Chevallié (de Segré) n^o 36.

5^o *De l'atrophie musculaire progressive*, leçon de M. le professeur Hardy (n^o 45).

6^o *Remarques sur la sensibilité collatérale, à propos de quelques observations de plaies nerveuses*; par le D^r L. Gustave Richelot (n^o 48, 49).

Etude des prodromes de la folie, leçon de M. Aug. Voisin, 7^o recueillie par M. E. Valude (n^{os} 65, 66, 67).

8^o *Etude des penchants inférieurs*, leçon de M. Aug. Voisin recueillie par M. E. Valude (n^o 2, t. II).

9^o *Note sur un cas d'aphasie*; par M. Chauffard (n^o 53).

10^o *Méningite cérébro-spinale à forme foudroyante. — Mort en trente-six heures*; par M. J. Comby (n^o 64).

Observation de méningite cérébro-spinale foudroyante, tout à fait analogue, au point de vue anatomique et clinique, à certaines formes de typhus cérébro-spinal épidémique décrites par les auteurs.

Dans un cas précédent, l'auteur avait cherché et trouvé dans le sang du malade des bactéries en bâtonnets. Du reste, M. L. Gaucher a décrit le microbe de la méningite cérébro-spinale. Bien que la marche foudroyante des accidents ne lui ait pas permis, dans le cas cité, de faire des recherches hématologiques, M. Comby pense que la méningite cérébro-spinale est une maladie infectieuse dont les symptômes s'expliquent par la présence d'un germe se multipliant et se répandant dans l'organisme avec une rapidité sans égale.

11^o *Note sur un cas de coup de chaleur*; par le D^r Barth (n^o 64).

Observation intéressante d'un malade qui, sous l'influence d'un séjour prolongé dans un atelier rempli de vapeur à une température de trente à trente-cinq degrés, tomba sans connais

sance et présenta des accidents paralytiques diffus qui disparurent bientôt d'une façon complète,

42^e *Paralysie ascendante aiguë envoyée dans sa marche et suivie de guérison*; par M. H. Rendu (n^o 67, 68).

43^e *Recherches sur une nouvelle propriété du système nerveux*; par M. Brown-Séquard (n^o 67).

Cette note a pour but de démontrer que nombre de parties du système nerveux peuvent agir soudainement ou très rapidement, d'une manière purement dynamique et sans intervention de la nutrition, sur d'autres parties de ce système, de façon à accroître les puissances d'action de ces dernières parties.

44^e *L'aliéné devant la société*, leçon de M. le professeur Ball (n^o 70, 71, 72).

Comme toute leçon clinique, la leçon de M. le professeur Ball se prête difficilement à l'analyse. Voici cependant quelques-uns des passages les plus saillants de cette remarquable étude :

« Comme vous le voyez, messieurs, ce qui caractérise essentiellement la loi de 1838, c'est l'intervention constante du médecin, dans toutes les phases de la vie de l'aliéné. C'est le médecin qui prononce son admission, et qui décide de sa sortie; c'est lui qui juge en dernier ressort la situation et qui préside, en définitive, au sort du malade. Son droit a été consacré, au cours de la discussion parlementaire, par cette parole décisive du ministre de l'intérieur : « La folie n'est pas un crime; c'est une maladie qui guérit par le traitement. »

Si donc le médecin se présente à toutes les étapes de la vie morbide de l'aliéné, comme son ami, son protecteur constant et son défenseur naturel, d'où vient ce débordement d'injures auquel nous sommes constamment exposés dans la presse, et jusqu'à un certain point dans les appréciations du public? D'où vient ce cauchemar des séquestrations arbitraires qui tourmente sans cesse l'imagination de certains publicistes? Il faut bien le dire : les plaintes qui entretiennent sans cesse les inquiétudes du public proviennent, pour la plupart, des demi-aliénés, de ces intelligences placées sur la frontière qui sépare la raison de la folie et qui sont bien certainement l'une des plaies les plus dangereuses de la société, non seulement par l'absurdité de leurs idées et la perversité de leur caractère, mais aussi par l'influence incontestable qu'ils exercent sur l'opinion.

Je vous l'ai déjà dit, si les aliénés ne jouissent en général

d'aucun crédit auprès de leurs compagnons d'infortune, ils ont une puissance d'action singulière sur les gens sains d'esprit. Dans une réunion publique, un fou monte à la tribune, on l'écoute avec intérêt, on l'applaudit à outrance. Un homme sensé prend la parole après lui, et n'obtient aucun succès; c'est que le second est banal, et que le premier ne l'était pas. L'histoire est là pour nous prouver avec quelle puissance la folie de certains hommes a remué le monde. Il est des entreprises où la raison froide échouerait infailliblement, et où le délire a réussi. Mais je ne veux pas insister sur ce sujet, qui mérite de longs développements, et que je me réserve de traiter plus tard devant vous.

Passons à une autre partie du sujet. Une expertise a eu lieu; le coupable est reconnu aliéné. Il est séquestré en conséquence, mais après une détention plus ou moins longue il revient à la santé. Il réclame sa liberté; doit-on le rendre à la société? question difficile et terrible, à laquelle le médecin a seul qualité pour répondre, et qui soulève de nouveau l'antagonisme, dont je vous ai parlé tout à l'heure, entre les droits de l'Etat et les droits de l'individu.

Il faut avoir vu des malheureux qui, coupables d'un homicide commis sous l'empire d'un état morbide, et revenus à la raison, réclament avec instance leur liberté, pour comprendre les incertitudes ou pour mieux dire les angosses de l'homme chargé de résoudre la question. D'une part, mis en liberté l'aliéné homicide peut toujours redevenir dangereux. A-t-on le droit, pour satisfaire son besoin de liberté, d'exposer un homme inoffensif à ses violences? D'autre part, on comprend la dureté d'une sentence qui prive à jamais de sa liberté un homme autrefois aliéné, et remis en pleine possession de ses facultés.

Les Anglais paraissent avoir résolu la question d'une manière assez pratique par la création de l'asile de Broadmoor, où sont détenus les aliénés criminels dans des conditions qui écartent le danger par une surveillance rigoureuse et des dispositions générales, et qui permettent en même temps aux détenus de jouir d'une liberté relative, et d'un bien-être plus considérable que dans les asiles ordinaires.

Il serait à désirer que des mesures analogues fussent prises en France, au moins en ce qui touche aux aliénés homicides, qui méritent plus spécialement de nous intéresser au point de vue social.

D^r E. RÉGIS.

JOURNAUX BELGES

ANNÉE 1880.

Annales et bulletin de la société de médecine de Gand.*Des fonctions du cerveau ;* par de Ridder (n° de juillet).**Bulletin de l'académie royale de médecine de Belgique.***Du traitement de l'épilepsie ;* par Hambursin (n° 2).

Après un historique rapide des diverses médications préconisées contre l'épilepsie, l'auteur fait part des excellents résultats qu'il a obtenus dans un certain nombre de cas de l'emploi des préparations ferrugineuses associées à la coque du Levant.

Cette dernière, prescrite sous forme de teinture à la dose de dix gouttes matin et soir, en augmentant de deux gouttes chaque jour de manière à atteindre la dose maximum de soixante gouttes, agirait, d'après M. Hambursin, d'après le mécanisme suivant dans l'épilepsie : elle tiendrait les vaisseaux encéphaliques dans un état permanent de relâchement, et s'opposerait de la sorte au spasme vasculaire qui produit l'anémie subite de l'encéphale, condition fondamentale du stade initial de l'attaque.

Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique.

1^o *Rapport médico-légal concernant l'état mental du sieur M. K. B... accusé de tentative de meurtre ;* par le D^r Ramaer, traduit du néerlandais, par le docteur Guyod (n° 17).

Relation détaillée d'une tentative de meurtre commise par un persécuté. Conclusion à l'irresponsabilité. Ordonnance de non-lieu.

2^o *Cas d'aphasie avec destruction de la première circonvolution temporo-sphénoïdale ;* par B. C. Ingels (n° 49).

3^o *Un cas de catalepsie ;* par B. C. Ingels (n° 49).

Histoire d'un jeune homme admis à l'hôpital Guislain le 27 août 1879 pour un accès de mélancolie et qui, depuis cette époque, est resté absolument inerte et passif au point de vue

physique et intellectuel. L'auteur décrit le fait comme un cas de catalepsie ; la relation qu'il en donne semble faire croire que ce serait plutôt un cas de mélancolie avec stupeur. Le diagnostic différentiel s'imposait, en tout cas.

Annales de la société de médecine d'Anvers.

1^o *Vertiges produits par la présence d'un ténia* ; par de Rop, p. 458.

2^o *Etude sur la ménopause, au point de vue pathologique et thérapeutique* ; par le Dr Xavier Francotte (page 484).

La première partie seulement de ce mémoire, qui a été couronné au concours de 1880, a été imprimée ; il sera analysé lorsqu'il aura complètement paru.

L'Art médical.

Ce journal ne contient pas d'articles susceptibles d'être analysés dans les *Annales*.

Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie, publié par la société royale des sciences médicales et naturelles de Bruxelles (n^o de février).

4^o *Recherches sur les amas de leucocytes dans la substance corticale du cerveau* ; par le prince Charles de Bavière, docteur en médecine, traduction française par le Dr E. L. Bertherand.

Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

1^o Dans la substance corticale de tout cerveau, fût-il dans les conditions les plus normales, il y a un assez grand nombre de leucocytes.

2^o Une circulation ralentie, avec une plus grande abondance d'eau dans le cerveau, amène un amas considérable de leucocytes.

3^o Ces corpuscules se trouvent dans les espaces périvasculaires de His et dans les canaux adventitiels de Robin, mais de préférence dans les espaces périganglionnaires.

4^o Ils ne pénètrent jamais dans la substance des cellules ganglionnaires et ne déterminent jamais de multiplication du nucléus de ces dernières.

5^o Les phénomènes cérébraux ne sont pas en rapport avec la multiplication des leucocytes, ni avec le ralentissement de la circulation, ni avec l'augmentation de la quantité d'eau, quand ces derniers phénomènes se produisent lentement ; mais on ne

doit les considérer que comme l'expression d'un degré très élevé des trois phénomènes, et encore faut-il faire entrer en compte la fièvre et les causes qui l'ont amenée.

2^o *Note relative aux aliénés dangereux*; par le docteur Liégny (n^o de mars).

D'observations recueillies par lui-même et rapportées dans son travail l'auteur conclut qu'il faut se hâter, plus que jamais, d'interner dans les établissements d'aliénés ceux des malades qui, manifestement dangereux, ne peuvent être suffisamment surveillés dans leurs familles, et qu'il conviendrait aussi de retenir d'une façon permanente dans ces établissements une certaine catégorie de ces aliénés, notamment les alcooliques incorrigibles à tendances funestes bien avérées.

3^o *Accouchement naturel; hémorrhagie; délire violent; guérison*; par le docteur Vanden Bosch (n^o de mai).

Observation intéressante de délire bruyant et transitoire, avec moments de calme, et consécutif à des hémorrhagies abondantes survenues après l'accouchement.

E. RÉGIS.

BIBLIOGRAPHIE

La Manie. Monographie, par le Dr Mendel, professeur agrégé à l'Université de Berlin; vol. de 200 pages, chez Urban et Schwarzenberg, à Vienne et Leipsig, 1884.

Qu'est-ce que la manie? Le mot a été appliqué à tant d'états divers qu'une véritable confusion règne à son endroit, et qu'il est bien temps d'en fixer une fois pour toutes la signification clinique, et de lui donner une valeur qui soit reconnue et acceptée définitivement par tous. Tel est le but que s'est essentiellement proposé le Dr Mendel en écrivant son intéressante monographie, but d'autant plus louable qu'avec la tendance actuelle des aliénistes de distinguer des groupes toujours plus petits dans les variétés des différentes formes de maladies mentales, il importe grandement de bien se mettre auparavant d'accord sur les formes primitives elles-mêmes, sans cela il n'y a plus d'entente possible. Or, tandis que les monographies sur la mélancolie abondent, la manie a été à peu près complètement négligée par les écrivains; et les opinions qui ont été émises sur cette forme d'aliénation sont si divergentes, que tandis que pour les uns elle constitue bien une entité morbide à part, une forme spéciale, les autres n'y voient qu'un symptôme, une phase d'autres formes de psychoses. Les divergences d'opinions se retrouvent encore lorsqu'il s'agit de préciser les symptômes primordiaux de la manie et le mode de leur développement; le point de départ de la maladie est-il dans le côté moteur ou dans le côté sensitif de l'intelligence, ou dans tous les deux à la fois? La perturbation de l'humeur et des sentiments (exaltation de moi, etc.) est-elle primaire, et le trouble proprement dit de l'intelligence ne se produit-il que secondairement, ou bien est-ce le contraire qui a lieu? Voilà tout autant de questions non encore résolues que le Dr Mendel discute avec un incontestable talent, et l'on retrouve dans sa monographie les éminentes qualités de clarté, d'érudition et de sobriété dans la discussion que nous avons déjà signalées à propos d'un autre de ses ouvrages. Pour lui la manie est une affection *sui generis*, une entité morbide propre, qu'on peut définir «une maladie cérébrale fonctionnelle caractérisée essentiellement par une accélération morbide du

cours des conceptions, et par une exagération pathologique de l'excitabilité des centres moteurs, » et ce n'est pas l'altération de l'humeur et des sentiments (troubles affectifs, etc.) qui constitue le phénomène primordial, le point de départ de la maladie (elle n'est que secondaire), mais bien l'accélération des conceptions et l'exagération de l'activité des centres moteurs. — Quant aux variétés de la manie, le D^r Mendel établit en premier lieu une forme type, « la manie typique, » dans laquelle il faut distinguer quatre périodes : les périodes initiale, d'exaltation, de fureur et de décroissance, et à part cette forme type il n'admet que quatre variétés : 1^o l'hypomanie ou manie abortive, dans laquelle tous les symptômes restent à un degré inférieur de leur développement et n'arrivent pas à la période d'acmé; 2^o la manie hallucinatoire avec participation intense des centres sensoriels; 3^o la manie grave, délire aigu des auteurs, avec symptômes corporels très-graves, et 4^o la manie périodique. Toutes les autres variétés, admises jusqu'à présent, doivent être rejetées comme appartenant non à la manie, mais à d'autres formes de folie. Ainsi le D^r Mendel n'admet ni la manie transitoire, tous les cas qu'on en a cités, étant suivant lui l'explosion d'un accès d'angoisse suraiguë, d'une hallucination intense, etc., ni même la manie chronique, qui est simplement un des modes de terminaison de la manie et ne mérite pas les honneurs d'un cadre spécial. Il ne convient également pas de distinguer des variétés de manie d'après les facteurs étiologiques; les causes sont souvent des plus obscures, et lors même qu'elles sont patentes et très-diverses, les symptômes en sont si peu influencés, qu'ils sont à peu près les mêmes dans tous les cas. Les états de manie dus à l'action d'agents toxiques sur le cerveau ne sont pas de la manie mais une simple intoxication; enfin, quant aux diverses formes de psychoses auxquelles on a très-improprement donné le nom de manie dans le sens que le vulgaire attache à ce mot, kleptomanie, pyromanie, nymphomanie, etc., elles n'ont absolument rien de commun avec la manie. Nous ne connaissons pas actuellement à quelles lésions cérébrales est due la manie; l'autopsie, qu'on a d'ailleurs très-rarement l'occasion de faire, ne fournit aucune donnée là-dessus, et c'est pour cela que, jusqu'à plus ample informé, on est en droit d'appeler cette maladie une affection cérébrale fonctionnelle. Ce que Baillarger a appelé manie congestive, n'est pas de la manie, mais la période initiale de certaines paralysies générales.

Tel est le système du Dr Mendel dans ses lignes principales, et les questions secondaires ne sont pas traitées avec moins de soin ; dans le chapitre, entre autres, de la symptomatologie spéciale, toutes les anomalies des fonctions psychiques et physiques de la manie sont successivement étudiées avec beaucoup d'intéressants détails que nous ne pouvons rapporter ici et devons laisser de côté avec les chapitres du diagnostic différentiel, de l'étiologie, nous bornant à relever au chapitre du traitement que les moyens qui d'après les expériences personnelles du Dr Mendel donnent les meilleurs résultats sont : extérieurement les bains tièdes et les enveloppements d'hydrothérapie, intérieurement la hyosciamine et le chloral. La diète lactée conseillée par Baillarger rend souvent d'excellents résultats ; il en est de même d'un séjour au lit prolongé ; enfin le restraint doit être, sauf les cas tout à fait exceptionnels (comme par exemple une affection chirurgicale), absolument proscrit. Il ne faut d'ailleurs pas oublier que, dans le plus grand nombre des cas, la manie guérit spontanément par la seule *vis medicatrix naturæ*, et que ce serait grandement se tromper que d'attribuer toujours la guérison au mode de traitement employé.

En résumé, nous avons lu avec le plus grand plaisir la monographie du Dr Mendel (illustrée, nous allions oublier de le dire, de nombreuses et intéressantes histoires de malades), et lors même qu'évidemment chacun ne sera pas de son avis sur bien des points, nous pouvons lui prédire un succès mérité.

Dr CHATELAIN.

Le sommeil et l'insomnie, étude physiologique, clinique et thérapeutique ; par le Dr Angel-Marvaud, médecin-major de 4^{re} classe, professeur agrégé libre à l'école de médecine militaire du Val-de-Grâce, lauréat de l'Académie de médecine ; Baillière et fils, 1884. Travail couronné par l'Académie de médecine. (Concours du prix Civrieux, 1875).

Il n'est question, dans cette étude, que du sommeil ordinaire, normal. L'auteur annonce, dès le début, qu'il laissera de côté le sommeil pathologique (ou coma) et le sommeil provoqué (par les soporifiques, les anesthésiques, l'hypnotisme). Le travail étant ainsi réduit, il en résulte un avantage ; c'est qu'il semble être nouveau, alors qu'il date déjà de six ans. En effet, pendant les six dernières années, le somnambulisme et l'hypnotisme ont été étudiés scientifiquement. Qu'en savait-on auparavant ? Les théories sur le sommeil normal, elles, ne se sont pas modifiées, du moins que nous sachions.

M. Marvaud dit d'abord avec Bichat : « que le sommeil général n'est que l'ensemble des sommeils particuliers ; » mais que pour qu'on puisse dire d'un individu qu'il est endormi, il faut qu'il y ait coïncidence dans le repos de la plupart des organes et surtout coïncidence avec le repos plus ou moins absolu des facultés intellectuelles.

Puis au lieu de s'étendre, dès ce moment, sur la physiologie du sommeil, il passe de suite à l'étude de l'insomnie, et ce n'est qu'incidemment, pour ainsi dire, qu'il donne les opinions diverses et son opinion personnelle sur la nature du sommeil.

Quoi qu'il en soit, l'étude : *Le sommeil et l'insomnie* nous paraissant plutôt médicale que physiologique, cette méthode peut se justifier. Suivons donc l'auteur dans la voie qu'il a choisie.

Donc, après quelques généralités sur le sommeil, M. Marvaud décrit l'insomnie et il est ainsi amené à expliquer le mécanisme de la veille et du sommeil. Trois ordres de causes peuvent expliquer ce mécanisme :

1^o Des modifications matérielles des cellules centrales. Mais ces modifications, comme causes productives du sommeil, ne peuvent être invoquées que dans les cas pathologiques.

2^o Des modifications de la circulation cérébrale. Il y a, dans le sommeil, ischémie cérébrale. L'auteur se rallie à cette hypothèse, mais pas d'une manière aussi absolue que certains observateurs, Hammond, par exemple. — Il discute les différentes preuves cliniques et expérimentales et, à ce propos, il rappelle la phrase d'Andral : « C'est une loi en pathologie que, dans tout organe, la diminution de la quantité du sang qu'il doit normalement contenir produit des désordres fonctionnels, aussi bien que la présence d'une quantité de sang surabondante ; mais de plus, dans l'un et dans l'autre cas, les désordres fonctionnels sont parfois absolument semblables. » — Enfin il résume ainsi son opinion personnelle : « Nous sommes » porté..... à considérer le sommeil normal comme s'accom- » pagnant d'un certain degré d'anémie cérébrale. »

On sait que Hammond, dans son traité des maladies nerveuses (traduction de M. le Dr Labadie-Lagrave, 1879), établit une grande différence entre le sommeil normal : ischémie cérébrale, et le sommeil avec stupeur : hyperhémie veineuse, au point qu'il en arrive à nier la production des congestions et des apoplexies cérébrales pendant le sommeil ordinaire.

Il faut reconnaître, du reste, que la question de la circulation

cérébrale, pendant le sommeil, n'est rien moins qu'élucidée et cela malgré les expériences sur les animaux trépanés, malgré les observations sphymographiques sur les fontanelles des enfants et sur les cicatrices fibreuses des crânes d'adultes. En effet, le sommeil est amené par des agents qui provoquent la turgescence vasculaire de l'encéphale : opium, chloroforme. — Il se produit aussi normalement chez les animaux auxquels on a sectionné les deux sympathiques cervicaux, alors que la circulation cérébrale semble ne plus pouvoir subir de modifications (Brown-Sequard). — Nous comprenons donc parfaitement la réserve de M. Marvaud.

Des modifications dans la composition du sang et de l'action de certains principes provenant de la fatigue des cellules cérébrales.

Notre auteur affirme son adhésion aux théories basées sur ces modifications, il se rattache à celle de Preyer légèrement modifiée : Le sommeil est dû : 1^o à l'accumulation, dans le sang, de substances ponogènes (*πονος* fatigue), déchets du travail cérébral et musculaire; 2^o à l'apport moindre de l'oxygène au cerveau. Car, outre qu'il y a moins d'oxygène amené par la circulation (ischémie du sommeil); la faible proportion qui arrive aux cellules est détournée et employée à l'oxydation et à l'élimination des substances ponogènes.

Voilà ce que M. Marvaud disait, il y a six ans. Que pourrait-il dire de mieux aujourd'hui?

Son opinion est basée sur les travaux de Pfüger, de Preyer de Pettenkofer, de Villemin (publiés vers 1874-1877.) Nous n'en connaissons pas de plus récents.

Quelles sont maintenant les causes de l'insomnie? La surexcitabilité des cellules cérébrales et leur surexcitation. L'une, phénomène intrinsèque; l'autre, phénomène extrinsèque. Il y a donc là l'élément d'une division toute naturelle en deux ordres de causes :

Les causes prédisposantes (tempérament, âge, etc.);

Les causes occasionnelles (1^o d'origine cérébrale : hyperémie, émotion..... 2^o d'origine périphérique: bruit, lumière, douleurs,..... 3^o transmises au cerveau par le sang modifié en quantité ou en qualité).

Puis vient une étude des différentes formes de l'insomnie. Et enfin l'examen de l'insomnie dans les différents états pathologiques, c'est-à-dire, la séméiologie de l'insomnie.

L'étude se termine par le traitement de ce symptôme. Nous

rouvons là des considérations hygiéniques et thérapeutiques bien développées et aussi un examen comparatif des modes d'action des différents agents médicamenteux.

Le travail de M. Marvaud a été couronné par l'académie de médecine : Prix Civrieux 1875. — Il serait donc superflu d'en signaler le mérite. Nous le recommandons cependant, spécialement, aux praticiens; ils y trouveront des considérations cliniques et thérapeutiques sur le symptôme insomnie, qu'ils chercheraient vainement dans les traités classiques.

D^r L. CAMUSET.

De la Cachexie Pachydermique (myxœdème des auteurs anglais);
par le D^r Georges Ridel-Saillard. — Paris, aux bureaux du *Progrès Médical*, 1881.

Thèse qui résume l'état de nos connaissances sur cette maladie étudiée, du reste, depuis peu de temps. La plus ancienne observation ne date que de l'année 1873.

Ce sont les Anglais qui observèrent, les premiers, cette affection. Ils la nommèrent d'abord : *état crétinoïde*, puis : *myxœdème*. Mais ces deux appellations ayant l'inconvénient de préjuger de sa nature, M. le Professeur Charcot préféra l'appeler *Cachexie pachydermique*, dénomination qui indique l'état symptomatique et rien au delà. En effet, on n'est pas encore bien fixé sur la nature de la cachexie pachydermique. M. Ridel-Saillard relate toutes les observations connues et il n'y en a que quatorze, sur lesquelles trois seulement sont accompagnées d'autopsie.

C'est dire combien les lésions anatomiques sont encore mal connues. Elles semblent, cependant, pouvoir se résumer en : 1^o une hyperplasie du tissu conjonctif, non seulement sous-cutané mais encore profond, c'est-à-dire du ciment interélémentaire; et 2^o en une production exagérée d'une substance mucoïde répartie plus ou moins dans tout l'organisme.

Quant aux symptômes (c'est ce chapitre qui renferme les connaissances les mieux établies), ils sont physiques et psychiques.

Les premiers dépendent d'un œdème dur, *sui generis*, généralisé. Cet œdème s'observe également aux muqueuses externes et sans doute, aussi, aux muqueuses internes (d'où certains symptômes du côté des fonctions digestives et respiratoires).

Les seconds, les symptômes psychiques, se résument en un affaiblissement intellectuel arrivant progressivement à la démence complète. Mais y a-t-il atrophie des éléments nobles du cerveau,

ou production exagérée de la mucine dans les centres nerveux ? Toutes questions auxquelles on ne peut encore répondre d'une manière certaine.

Quand la pachydermie survient chez l'enfant, il y a arrêt du développement intellectuel (état crétinoïde) ; mais M. Charcot fait remarquer que la cause qui amène la démence chez l'adulte est la même que celle qui produit l'arrêt de développement, l'état crétinoïde, chez l'enfant. Les deux états sont donc identiques.

Maintenant, la cachexie pachydermique est-elle, dès le principe, une maladie nerveuse ?

Cette question ne nous semble pas encore résolue.

La thèse de M. Ridet-Saillard est écrite avec clarté ; encore une fois, elle renferme toutes les données actuelles sur la maladie dont elle traite. Elle servira de point de repère pour les recherches futures.

D^r L. CAMUSET.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Des maladies mentales et nerveuses; pathologie, médecine légale, administration des asiles d'aliénés, etc. ; par le D^r Billod ; Paris, 1882, 2 vol. in-8o ; chez Georges Masson.

— Maison de santé de Préfargier ; exercice 1881 ; 33^e rapport annuel ; par le D^r Chatelain ; Neuchâtel, 1882 ; br. in-8o.

— Aerzliches Bericht über die Irrenantheilung des Bürgerspitals in Basel ; année 1881 ; par les D^{rs} Wille et Riedtmann ; Bâle, 1882., hr. in-8o.

— Annual report of the royal Edinburgh asylum for the insane ; année 1881, par le D^r Clouston ; Morningside, 1882, hr. in-8o.

— A contribution to the subject of nerve-stretching ; par le D^r Williams Morton ; New-York, 1882 ; hr. in-8o.

— Del sonnambulismo, studio medico-forense ; par le D^r Fernando Franzolini ; Udine, 1882, br. in-8o.

— Contribution à l'étude des troubles fonctionnels de la vision par lésions cérébrales ; par le D^r Ch. Féré ; Paris, 1882, br. in-8o.

— Considérations sur les rapports de l'hystérie et de la paralysie ; par le D^r Octave Charrière ; Thèse de Paris, 1882, in-8o.

— La criminalité comparée des villes et des campagnes ; par le D^r Lacassagne ; Lyon, 1882, br. in-8o.

— Ricerche sul sangue negli alienati ; par le D^r Giuseppe Seppili ; Reggio nell' Emilia, 1882, hr. in-8o.

ASSOCIATION MUTUELLE
des médecins aliénistes de France

Assemblée générale du 24 avril 1882

Présidence de M. BAILLARGER.

L'assemblée s'est tenue comme les années précédentes au domicile du Président, 8, rue de l'Université.

M. Rousselin fait un rapport verbal sur les comptes du trésorier, qu'il avait été chargé d'examiner conjointement avec M. Sémelaigne.

Il déclare qu'après examen, il a trouvé les comptes exacts et les pièces à l'appui régulièrement établies.

M. le Président avant de donner la parole à M. Mitivié, secrétaire, pour la lecture de son rapport annuel, annonce que M. Dumesnil s'est excusé de ne pouvoir assister à la séance.

M. Mitivié. — Messieurs, pour me conformer à l'article 19 des statuts de l'association, je viens, comme les années précédentes, vous exposer brièvement la situation de notre œuvre.

Vous me permettrez tout d'abord de rendre un dernier hommage aux membres qui nous ont été enlevés pendant le cours de cette année.

Le 15 mai 1881, nous apprenions la mort de M. Renault du Motey. Attaché au début de sa carrière à la médecine payale, il avait bientôt quitté celle-ci pour se consacrer au service des aliénés, auxquels il donna ses soins, successivement, dans les asiles de Sainte-Gemmes, de Maréville, de Saint-Alban, de Saint-Dizier, de Blois, de Bourges, de Stéphanfeld où il se trouvait pendant la guerre de 1870, et où il déploya la plus grande énergie, et subit les plus vives souffrances pour la défense des intérêts français. Après la perte de l'Alsace, il fut nommé médecin-directeur de l'asile de Châlons où il resta jusqu'en 1874, époque à laquelle il quitta le service pour jouir d'une retraite honorablement acquise. Dès 1865 il avait donné son adhésion à notre œuvre, à laquelle il appartenait comme membre fondateur.

Vous n'avez pas oublié, messieurs, la triste émotion qui

s'empara du monde médical au moment où retentit la nouvelle du lamentable attentat dont fut victime notre collègue Marchant. Quatre jours après, le 21 juin, il succombait ajoutant un nom de plus au martyrologe de la médecine aliéniste. Elève d'Esquirol, Marchant était entré au service des aliénés en 1844 comme médecin adjoint à l'hospice de la Grave à Toulouse. Il conçut avec Delaye le plan de l'asile de Braqueville, présida à son édification, en fut toute sa vie le médecin en chef, et y mourut sur la brèche, après trente-sept années de labeur. Malgré les soucis d'une lourde administration et les soins de tous les instants donnés à ses malades, Marchant trouvait encore le temps d'enrichir la science de plusieurs travaux estimés et de remplir les fonctions de professeur de médecine légale à l'école secondaire de Toulouse ; il était chevalier de la Légion d'honneur, membre de la Société médico-psychologique, et, dès la première heure, membre fondateur de notre association.

Le 25 décembre 1881, à l'âge de quatre-vingt-trois ans, succombait à Saint-Mandé le regretté Brierre de Boismont. Esprit éminemment élevé, d'une érudition aussi profonde qu'étendue, chercheur infatigable, Brierre de Boismont a attaché son nom à des œuvres impérissables. Qu'on lise son *Traité de la pellagre*, ses travaux sur la menstruation, sur les hallucinations, le délire aigu, la responsabilité des aliénés, le suicide, la folie, ses nombreux mémoires, partout et toujours on trouvera une œuvre de valeur et de grand mérite, qui fait de son auteur un des représentants les plus illustres de la médecine mentale. Depuis 1866, Brierre de Boismont vous appartenait comme fondateur et, sa vie durant, vous aviez tenu à vous entourer de ses lumières en le perpétuant membre de votre conseil. Vous savez, messieurs, avec quelle assiduité il tenait à assister à toutes vos réunions, la maladie seule avait pu l'éloigner de vous, mais sur son lit de douleur, il n'oubliait pas sa chère association. Non content d'avoir été l'un de ses fondateurs, son conseil pendant seize ans, il voulut être son bienfaiteur toujours ; aussi a-t-il fait don par testament à la Société d'une somme de mille francs. A notre admiration pour son talent, s'ajoutera la reconnaissance due à sa générosité.

Le 22 février 1882, nouveau deuil pour la famille aliéniste, frappée dans la personne d'un de ses membres les plus méritants, lui aussi victime de son dévouement et d'une carrière laborieusement remplie, quoique prématurément interrompue par la maladie contractée dans l'accomplissement infatigable

du devoir. Je veux parler du D^r Broc, successivement attaché au service des aliénés comme élève interne des asiles de Marseille et de Pau, médecin adjoint de Quatre-Mares, médecin en chef de Bailleul. Envoyé en mission à Morzine et, à son retour, nommé médecin en chef de Marseille, puis directeur-médecin de l'asile de Bonneval; multipliant son dévouement tant au milieu des aliénés que sur les champs de bataille et aux ambulances pendant la guerre néfaste de 1870; appelé à Evreux comme médecin-directeur, puis enfin, aux mêmes fonctions à Quatre-Mares. Esclave du devoir, Broc laissera des traces vivaces de son passage dans les différents asiles témoins de ses travaux et auxquels il se donnait tout entier. Dès 1866, il avait tenu à être membre sociétaire de notre œuvre. A cette triste nécrologie déjà trop longue, il faut encore ajouter la perte toute récente du D^r Jules Dagron, décédé le 14 avril 1882, âgé de soixante-huit ans. Il avait été attaché comme médecin-directeur aux asiles de la Roche-sur-Yon, Bonneval, Prémontré et Ville-Evrard. Dans ces divers établissements, ses qualités d'administrateur s'étaient révélées et étaient justement appréciées. Son dévouement aux malades confiés à ses soins lui avait valu la croix de chevalier de la Légion d'honneur. Depuis 1866, il était membre fondateur de l'association. Messieurs, des voix plus autorisées que la mienne ont déjà rendu un hommage mérité à ces vies si bien remplies. Je n'ai pas la prétention de les avoir retracées devant vous, j'ai seulement voulu les rappeler à grands traits, pour les saluer une dernière fois, et les assurer que leur mémoire se perpétuera au milieu de nous comme un exemple à suivre.

A ces pertes s'ajoute la retraite volontaire de MM. Florimond, Lemesnant des Chenais et Follet, qui ont cessé d'appartenir au service des aliénés.

Ces vides sont comblés par les nouvelles adhésions que nous sommes heureux de vous faire connaître. Ce sont celles de MM. Pagès, attaché à l'asile de Mayenne;

Camuset, à l'asile de Vaucluse (Seine);

Caillau, à l'asile Saint-Gemmes;

Régis, à l'asile Sainte-Anne;

Boudrie, à l'asile de Vaucluse;

Belle, à l'asile de Dijon;

Dumas-Aubergier, à l'asile de Clermont-Ferrand;

Bayle, à l'asile de Bailleul;

Mathieu, à l'asile de Toulouse;

M. Girma, médecin adjoint à la maison Esquirol.

Tous comme membres sociétaires.

Un membre a changé son titre de sociétaire pour celui de fondateur.

Par suite de ces diverses modifications, notre effectif se compose de 124 membres ainsi répartis :

Membres fondateurs.	56
Membres sociétaires.	66
Membres honoraires.	2
Total.	<u>124</u>

L'association reste à peu près au même chiffre que l'an passé; nous avons connu un maximum plus élevé, c'est à chacun de nous à faire des recrues nouvelles en faisant connaître les mérites de notre entreprise.

En 1884, les recettes ont atteint la somme de 9,777 fr. 35 en augmentation de 234 fr. sur l'an passé. Cette somme est ainsi répartie :

Cotisations	3,340
Subvention ministérielle.	4,500
Allocation du département de la Seine.	1,000
Souscriptions d'asiles.	1,300
Intérêts des capitaux.	2,637 35
Total.	<u>9,777 35</u>

Vous voyez, messieurs, que le ministère de l'Intérieur et l'administration départementale de la Seine nous continuent leur bienveillant concours, nous les en remercions, ainsi que les administrations provinciales qui ont admis dans le budget des asiles une légère obole en notre faveur. Nous mentionnerons cette année comme nouvel asile souscripteur, l'asile de Châlons pour 400 fr. Que partout cet exemple soit suivi, et notre conseil pourra se montrer moins économe de ses deniers et donner aux secours accordés un chiffre plus satisfaisant.

Les quinze asiles souscripteurs sont :

Les asiles de Dôle.	400 fr.
— Montdevergues.	100
— Aix	50
— Quatre-Mares.	400
— Saint-Yon	400
— La Roche-Gandon.	400
— Saint-Dizier.	50
— Auxerre.	400
— Prémontré.	400
— Saint-Lizier.	50

A reporter. 850

	<i>Report.</i>	850
Les asiles de Armentières.. . .		100
— Pau.		400
— Toulouse.		400
— Cadillac.. . . .		50
— Châlons.. . . .		100
Total.		4,300

Les dépenses et achats de valeurs pour l'année 1881 se montent au chiffre de 8,215 fr. 60 qui se décompose ainsi :

Secours à la veuve d'un fonctionnaire du service des aliénés, ne faisant pas partie de l'association.	4000
Secours à deux veuves d'anciens internes d'asile.	500
Secours à un ancien interne de Charenton.	300
Secours à six veuves et à une fille de médecins d'asile, membres sociétaires ou fondateurs.	4,300
Secours à un ancien médecin d'asile, membre sociétaire	600
Frais d'administration.	75 80
Achat de 20 fr. de rente 5 0/10 et de 35 fr. de rente 3 0/10.	4,439 80
Total.	8,215 60

De ces chiffres il ressort que l'association a distribué en secours une somme de 6,700 fr., soit 4,000 fr. de plus que l'an passé.

Rapprochant le chiffre total des dépenses, 8,215 fr. 60 du chiffre total des recettes 9,777 fr. la différence se trouve être de 4,561 fr. 85. Vous pourriez vous demander, messieurs, pourquoi le placement de fonds n'est pas plus considérable; il l'est par le fait. Si vous vous reportiez au rapport de l'an passé, vous y verriez que les dépenses par suite d'un placement de 4,973 fr. 45, dépassaient les recettes de 1,215 fr. 45. Ce placement fait par anticipation par M. le trésorier sur ses propres deniers et en définitive au bénéfice immédiat de l'association, devrait être ajouté à celui de 1881, ce qui donnerait un chiffre total de 2,654 fr. 95, constituant la réserve statutaire imposée par l'article 16, la dépassant même, d'après l'interprétation la plus large que votre conseil a cru devoir donner à ce même article 16. Interprétation qui laisse en dehors de la capitalisation les intérêts des capitaux placés; ce qui élève la somme disponible pour répondre aux demandes qui vous sont faites, et diminue d'autant la somme à capitaliser.

C'est à vous, messieurs, d'apprécier si l'interprétation du conseil vous convient; dans le cas contraire il nous faudrait restreindre nos secours ou repousser des demandes; ce que

nous n'avons jamais consenti à faire chaque fois que leur légitimité nous a été démontrée.

Le nouveau placement de fonds signalé plus haut, porte le capital, calculé au prix d'achat, au chiffre de 57,909 fr. 30, savoir :

4,600 fr. de rente 5 0/0	34,854 60
445 fr. de rente 3 0/0	44,270 25
43 obligations du Midi	43,465 80
4 obligations de Lyon-Méditerranée .	4,348 65
Total	57,909,30

représentant au taux actuel environ 66,776.

En résumé, messieurs, depuis 1865, date de votre fondation, vous avez distribué jusqu'à ce jour 53,000 fr., placé 57,909 fr, et assuré un budget annuel se montant actuellement presque à 40,000 fr.

Récapitulation des recettes.

ANNÉES.	COTISATIONS.	SOUSCRIPTIONS d'aides, allocations ministérielles, et départementales.	DONS Plus - valeur et remboursement de valeurs.	INTÉRÊTS ET RACHATS de cotisations.	TOTAUX.
1865 et 1866	5.800	»	»	58 40	5.858 40
1867	3.630	400	4.375.00	243 50	5.348 55
1868	3.690	875	»	377 30	4.842 40
1869	3.600	650	»	530 45	4.780 45
1870	3.664	725	»	638 65	5.027 65
1871	3.405	650	»	723 60	4.778 60
1872	3.370	4.200	»	784 65	5.354 75
1873	3.380	2.450	»	4.004 45	6.534 45
1874	3.335	2.250	4.404 75	4.486 »	8 475 75
1875	3.260	2.450	»	4.772 »	7.482 00
1876	3.390	3.450	»	6.835 50	8.675 50
1877	3.380	3.450	400 »	4.983 75	8.943 75
1878	3.645	3.650	400 »	2.455 60	9.550 60
1879	3.460	3.700	»	2.378 40	9.538 40
1880 *	3.362	3.700	»	2 483 20	9.547,20
1881 *	3 340	3.800	»	3,637 35	9.777 35
TOTAL	57,618	32.600	2 979 75	21.089 60	114.478 40

* Y compris les restes à recouvrer.

Récapitulation des secours et frais.

ANNÉES.	SECOURS.	FRAIS D'ADMINISTRA- TION.	TOTAUX.
1865 et 1866	650	146 50	796 50
1867	4.850	64 40	4.614 40
1868	4.950	144 40	2.094 40
1869	4.560	51 70	4.554 70
1870	4.300	54 40	4.354 40
1871	4.800	66 60	4.866 60
1872	2.200	78 65	2.278 65
1873	3.200	147 30	3.347 30
1874	3.250	74 65	3.324 65
1875	3.800	51 90	3.851 90
1876	4.700	63 15	4.763 15
1877	5.450	56 35	5.206 35
1878	4.650	66 20	4.716 20
1879	4.900	45 25	4.945 25
1880	5.700	34 90	5.734 90
1881	6.700	75 80	6.775 80
TOTAL.....	53.000	4.349 25	54.2 9 25

Les ressources budgétaires pour 1882 sont établies de la façon suivante :

Cotisations	3,350
Souscriptions d'asiles.	4,300
Allocation ministérielle.	4,500
Subvention du département de la Seine. . .	4,000
Intérêts des capitaux.	2,700

Total.. . . . 9,850

Sur cette somme, conformément à l'article 46 des statuts interprété comme nous vous l'avons dit, nous pouvons dépenser 7,467 fr., en mettant 2,383 au minimum à la réserve. Le conseil a alloué sur l'exercice 1882 pour le premier semestre les secours suivants :

A cinq veuves et à une fille de membres fondateurs ou sociétaires, la somme de.	4,950
A un ancien médecin d'asile, sociétaire	300

Total. 2,250

Ces secours distribués laissent disponible la somme de 5,247, sur laquelle le conseil a décidé de vous proposer d'accorder :

4^o La continuation du secours de 600 fr. que, depuis la fondation de la Société, vous accordez à la veuve d'un médecin attaché au service des aliénés, ne faisant pas partie de l'association.

2^o La faculté d'augmenter de 400 fr. ce secours, si pendant le restant de l'année le conseil le jugeait urgent.

3^o Un secours de 300 fr. à la veuve d'un ancien médecin d'asile.

4^o Un autre secours de 200 fr. également à la veuve d'un ancien interne d'asile.

5^o Un secours de 290 fr. à la veuve de l'ancien interne de Charenton auquel vous accordiez 300 fr. et actuellement décédé.

Ces différentes sommes versées laisseraient un solde de 3,547 fr., disponible pour pourvoir aux nécessités du deuxième semestre de 1882, qui, selon les prévisions, doivent se monter à la somme de 2,850 fr., il resterait encore 667 fr. pour les éventualités qui pourraient surgir.

Ces différentes propositions sont votées à l'unanimité.

M. LE PRÉSIDENT. — Par application de l'article 9 des statuts, nous devons procéder au renouvellement d'une partie du conseil.

Les membres sortants et rééligibles sont :

MM. Mesnet, Rousselin, Moreau (de Tours), Billod et Sémelaigne, qui sont tous réélus membres du conseil.

La séance est levée à quatre heures.

D^r MITIVÉ.

SOUSCRIPTION POUR LE BUSTE DU D^r MARCHANT.

Nous rappelons à nos lecteurs qu'une souscription dont le montant a été fixé à 5 fr. a été ouverte par la Société médico-psychologique pour participer au buste du D^r Marchant. Le nombre des souscripteurs n'est encore que de 23.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS; PROMOTIONS.

Arrêté du 15 juin: M. le D^r LAPOINTE, directeur-médecin de l'asile de Moulins est promu à la 4^{re} classe de son grade (7000 fr.) pour prendre rang à partir du 4^{or} janvier 1882.

Arrêté du 24 juin 1882: M. le D^r CORTYL, directeur-médecin de l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure), est nommé directeur-médecin de l'asile St-Yon, en remplacement de M. le D^r ROUSSELIN, admis sur sa demande à faire valoir ses droits à la retraite.

M. le D^r DELAFORTE, directeur-médecin de l'asile de Rennes, est nommé directeur-médecin de l'asile de Quatre-Mares.

Arrêté du 30 juin: M. le D^r Auguste GUYOT, interne de l'asile de Maréville, est nommé médecin-adjoint de l'asile de Quatre-Mares en remplacement de M. le D^r FABRE DE PARREL, démissionnaire (2^e classe, 2500).

NÉCROLOGIE

Le D^r LAGARDELLE. — Le D^r Lagardelle, médecin en chef de l'asile de Bordeaux, a succombé le 5 juin, à l'âge de 44 ans, aux progrès d'une longue et cruelle maladie.

Lagardelle, après avoir été attaché pendant quelques mois comme médecin résident à la maison de santé d'Ivry-sur-Seine, était entré dans le service des aliénés, le 11 décembre 1865, comme médecin adjoint de l'asile de Dijon. Depuis cette époque, il a occupé successivement les postes de médecin adjoint de l'asile de Bordeaux, de médecin préposé responsable du quartier d'aliénés de Niort, de directeur-médecin de l'asile de Moulins, puis ceux de médecin en chef des asiles de Marseille, Bron et Bordeaux, où il remplissait en même temps les fonctions de chargé de cours de clinique des maladies mentales près la Faculté de médecine.

Lagardelle a publié un grand nombre de mémoires sur les maladies mentales. Nous citerons notamment :

1^o Sa thèse inaugurale : *De l'étiologie de la paralysie générale progressive* ; Paris, 1865.

2^o *Ses Rapports sur les asiles d'aliénés de Niort en 1866 et 1867, de Moulins de 1872 à 1876*.

3^o *Conférences cliniques sur les maladies mentales* ; vol. in-8, Paris, 1878.

4^o *L'épilepsie délirante au point de vue clinique et médico-légal* ; vol. in-8, Paris, 1878.

5^o *Traitement de la paralysie générale progressive* (Prix Civrieux) ; vol. in-8, Paris, 1878.

6^o *Des accidents convulsifs dans la paralysie générale* ; br. in-8, Paris, 1869.

7^o *De l'orgueil et de la folie* ; br. in-8, Paris, 1869.

8^o *La mémoire et la folie* ; br. in-8, Paris, 1870.

9° *Histoire clinique de la folie avec prédominance du délire des grandeurs*; br. in-8, Saint-Maixent, 1810.

10° *Etude sur les colonies agricoles d'aliénés*; br. in-8, Moulins, 1873.

11° *Etude psychologique sur la raison et la folie*; br. in-8, Anvers, 1876.

12° *La folie à travers les siècles*; br. in-8, Draguignan, 1877.

13° *Pronostic de l'aliénation mentale*; br. in-8, Bordeaux, 1879.

14° *Diagnostic de la manie grave*; br. in-8, Bordeaux, 1880.

15° *Des paroxysmes en aliénation mentale*; br. in-8, Bordeaux, 1880.

16° *Des diagnostic en aliénation mentale*; br. in-8, Bordeaux, 1880.

17° *Illusions, hallucinations, sensibilité générale*; br. in-8, Bordeaux, 1881.

Lagardelle était membre titulaire de diverses sociétés scientifiques de Bordeaux et membre correspondant de la Société médico-psychologique, de la Société de médecine légale, et de plusieurs autres sociétés savantes de la province.

Voici les paroles prononcées sur sa tombe par M. le Dr Denucé, doyen de la Faculté de Bordeaux :

« Messieurs,

» Veuillez me permettre, comme doyen de la Faculté et au nom de la Faculté, de venir porter sur cette tombe encore entrouverte le tribut de nos regrets.

» M. Lagardelle, médecin en chef de l'asile des aliénés de Bordeaux, appartenait à notre Faculté comme professeur chargé du cours annexé de clinique des maladies mentales.

» De longs et laborieux services lui avaient valu l'honneur de cette distinction.

» M. Lagardelle avait, en effet, été directeur de la maison de santé d'Ivry, puis médecin adjoint dans les maisons de Dijon et de Bordeaux, enfin médecin en chef des maisons de Niort, de Moulins, de Marseille et de Bordeaux, et dans cette dernière il remplissait la double fonction de médecin en chef et de professeur de clinique.

» Son enseignement fut ce qu'il devait être après de pareils précédents, très suivi et très goûté des élèves, très apprécié de ses collègues.

» A ses leçons il sut joindre des travaux nombreux attestant de sa part des vues ingénieuses, une grande intelligence et une grande activité d'esprit.

» Il apporta ses belles qualités dans la rédaction d'un journal important de médecine de notre ville, et il sut se faire une place considérable et considérée dans le corps médical de Bordeaux.

» Une cruelle maladie vint le surprendre et interrompre ses travaux.

» Il devait, comme tant d'autres, mourir à la peine et avant le temps.

» Qu'il nous soit permis, après cette justice rendue à ses

éminentes qualités, d'exprimer au nom de la Faculté de médecine de Bordeaux le profond regret que nous éprouvons de les voir trop tôt, hélas ! anéanties par le terrible coup qui vient de frapper notre collègue et de l'arrêter dans le cours de sa brillante carrière.

» Nous en garderons du moins un souvenir précieux qui laissera chez nous tous la trace ineffaçable du dernier adieu que nous lui envoyons aujourd'hui. »

TENTATIVE D'ASSASSINAT COMMIS PAR UN ALIÉNÉ SUR UN MÉDECIN

M. le Dr Orange, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Broadmoor, vient d'être victime d'une tentative de meurtre.

Le Rév. J.-H. Dodwel, maintenu dans l'asile depuis plusieurs années, à la suite d'un acquittement comme ayant été reconnu aliéné au moment où il avait tiré un coup de feu sur un juge de la cour des rôles, avait prié M. le Dr Orange de vouloir bien le recevoir dans son cabinet et lui donner un conseil au sujet d'une lettre qu'il se proposait d'adresser à son frère. M. le Dr Orange y consentit, et, pendant qu'il était assis, occupé à regarder différents papiers que Dodwell lui avait demandé d'examiner, celui-ci qui se tenait derrière la chaise frappa subitement, sans aucun avis, le Dr Orange au sommet de la tête, avec une pierre enveloppée dans un mouchoir de poche, comme une fronde. Heureusement le Dr Orange, quoique étourdi du coup, eut la force de maintenir son agresseur jusqu'à l'arrivée des surveillants.

Le mobile de cet acte paraît avoir été exactement le même que celui de la première attaque contre le juge de la cour des rôles. M. Dodwell avait informé les autorités « que depuis plus d'un an, il lui était venu à l'esprit que, si un coup de pistolet, non chargé à balle, tiré sur le juge de la cour des rôles, n'avait pas suffi pour lui faire rendre justice, il serait forcé de commettre un acte plus grave, et sa conclusion était, qu'il ne faudrait pas moins qu'un meurtre commis par lui pour qu'il pût atteindre son but. »

Les nouvelles que nous recevons par M. le Dr Nicholson sont rassurantes. Le choc a été très violent, M. Orange n'a pas pu encore quitter son lit ; mais son état, loin de s'aggraver, s'améliore ; il est permis d'espérer une prompte convalescence.

AGRANDISSEMENT DE L'ASILE DE VILLE-ÉVRARD

Le conseil général de la Seine, dans sa séance du 10 février 1882, a voté sur le rapport de M. le Dr Loiseau un agrandissement important du pensionnat de Ville-Evrard. Le nombre des lits sera porté de 450 à 300, moitié pour chaque sexe. Les constructions projetées comprendront quatre pavillons de malades et deux autres pour le service des bains et les cuisines. La dépense est évaluée à 4,427,552 fr.

Pour les articles non signés : L. LUNIER.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

CHRONIQUE

La folie considérée comme cause de divorce, en Angleterre et en Saxe. — Lésions cérébrales localisées dans le lobule de l'insula. — Lavage de l'estomac dans le traitement des cas graves de sitiophobie. — Surveillance à exercer sur la correspondance des aliénés. — Nouveaux attentats commis par des aliénés sur la personne de médecins d'asiles.

Nous n'avons pas besoin de signaler, de nouveau, à l'attention de nos lecteurs, l'importance prise par la discussion relative à la folie considérée comme cause possible de divorce. Ils continueront à en trouver, dans les *Annales*, les principaux éléments, c'est-à-dire les dernières répliques échangées à l'Académie de médecine entre MM. Blanche et Luys, ainsi que le discours prononcé par M. Voisin, le 26 juin, à la Société médico-psychologique; nous reproduisons également un excellent article publié, dans la *Gazette hebdomadaire*, par M. Dechambre qui est venu apporter, à l'appui

de la cause soutenue par M. Blanche, le concours de sa plume fine et expérimentée.

La discussion engagée, sur le même sujet, devant l'Association médico-psychologique Anglaise a continué dans la séance du 28 avril 1882, et la réunion a paru partager, à l'exception d'un seul de ses membres, le D^r Seaton, la double opinion défendue par le D^r Savage, médecin de l'hôpital Bethlem, et d'après laquelle :

1^o La folie pourrait être considérée comme une cause de nullité du mariage, lorsqu'elle aurait existé antérieurement au mariage, et en aurait empêché la consommation. L'aliéné serait alors considéré comme n'ayant pas été à même de contracter en connaissance de cause, et, partant, le contrat serait nul. A l'exemple, déjà cité par lui, d'une jeune femme qui, atteinte de mélancolie au moment de son mariage, n'avait pas permis à son mari d'approcher d'elle, il en a joint un second, celui d'un homme qui, le jour même de la cérémonie, entendit une voix du ciel lui interdisant de toucher à sa femme et qui se soumit docilement à cet ordre ; peu après, la même voix lui ayant défendu de prendre aucune nourriture, il fut amené à Bethlem où il se trouve encore.

2^o La folie, reconnue après le mariage, après un temps plus ou moins long de vie en commun, et surtout après la naissance d'enfants, ne saurait, dans les conditions actuelles de nos connaissances médicales et de notre organisation sociale, être considérée comme une cause valable de divorce.

Pour combattre cette dernière conclusion, le D^r Seaton a eu recours à une argumentation toute nouvelle dans la bouche d'un médecin, et en opposition formelle avec l'opinion généralement attribuée à l'Église dans cette question, car c'est sur l'autorité même de l'Église, a-t-il dit, qu'il prétend s'appuyer pour réclamer le divorce dans les cas de folie. Ouvrant alors un livre de religion, il y lut un passage où il est dit que le mariage était institué

d'abord pour assurer la procréation d'enfants; ensuite pour permettre d'éviter le péché; enfin pour procurer à chacun des deux époux les avantages résultant de la société, de l'aide, de l'assistance que l'autre peut lui apporter. Or, aucun des trois buts du mariage ne peut plus être rempli lorsque l'un des conjoints est affecté de folie chronique, et l'Église doit être la première à réclamer, en pareil cas, le divorce.

Cette argumentation n'a pas semblé démonstrative, car le Dr Seaton, avons-nous dit, est resté seul de son avis.

A cette occasion, voici, paraît-il, comment les choses se passent en Saxe, où la folie est admise comme cause de divorce. Il y a dix ans, il suffisait d'apporter, devant les tribunaux, un certificat signé par un médecin attaché au service d'un asile public d'aliénés et attestant que telle ou telle personne était atteinte d'une maladie mentale présentant peu de chances de guérison, pour qu'il fût possible d'obtenir le divorce. Depuis cette époque, la loi a été modifiée, mais pas bien profondément. Aujourd'hui, en Saxe, si l'un des conjoints désire, en pareil cas, obtenir le divorce, il faut que le malade soit placé dans un asile public d'aliénés, et qu'il y fasse un séjour de trois ans. Si, au bout de ce délai, le médecin de l'asile délivre un certificat attestant l'incurabilité de la folie, le divorce est prononcé.

Le Dr Weatherly qui a recueilli ces renseignements dans un voyage récemment fait en Saxe, ajoute qu'en visitant un des asiles d'aliénés de ce pays, il a entendu raconter le fait suivant qui met en évidence les défauts de la loi et qui venait de se passer : Un monsieur s'était marié avec une jeune dame qui, peu de temps après, devint folle. Le mari consulta des hommes de loi qui lui conseillèrent de placer sa femme dans un asile public; là, au bout de trois ans, le certificat voulu fut donné, et le divorce fut prononcé. On transféra alors la malade dans un asile privé où elle fit encore un séjour de trois ans. Dans l'intervalle, le monsieur

avait demandé une autre demoiselle en mariage, et l'union était sur le point de se faire, lorsqu'une lettre du médecin de l'asile privé lui annonça que sa femme allait beaucoup mieux. Le fait est qu'elle ne tarda pas à être complètement guérie; le mari dut rompre son nouvel engagement et reprendre sa première femme. (*Journal of mental science*, juillet 1882, p. 292.)

Sans doute, ce fait manque de détails qui seraient essentiels pour qu'il fût permis d'en déduire des conséquences rigoureuses, surtout au point de vue du droit. Mais tel qu'il est, il montre, par un exemple pratique, mieux encore qu'on ne peut le faire par de simples raisonnements, le défaut de certitude absolue du diagnostic de l'incurabilité dans la folie, et par conséquent, l'inconvénient très grave de prendre un fait douteux comme élément principal d'une décision aussi solennelle que celle de la dissolution du mariage. L'exemple de la Saxe n'est donc pas fait pour encourager d'autres pays à adopter la même législation.

Il est extrêmement fréquent de rencontrer, dans les autopsies du cerveau, des lésions étendues qui intéressent, entre autres régions, tout ou partie du lobule de l'insula; mais il est, au contraire, très rare de trouver soit des hémorragies, soit des ramollissements limités, ayant eu pour résultat de désorganiser ce lobule seul, sans comprendre aucune des régions environnantes. Le fait arrive cependant quelquefois, car M. le Dr Raymond, médecin de l'hospice des incurables d'Ivry, a pu, par une singulière coïncidence, recueillir dans son service, en quelques semaines, trois cas de lésions absolument localisées au lobule de l'insula. (*Revue de médecine*, no de juillet 1882. p. 587.)

Les trois cas siégeaient à droite; deux consistaient en une hémorragie et un en un ramollissement. Dans les trois cas, il s'est produit une hémiplégie du côté gauche, sans attaque apoplectique proprement dite, ni perte de

connaissance. Les mouvements des membres seuls ont été atteints ; ceux des bras d'une manière complète, ceux des membres inférieurs d'une manière seulement partielle. L'intelligence et la sensibilité ont été obtuses mais non abolies ; en excitant un peu fortement les malades, on ne trouvait nulle part d'anesthésie et on obtenait, sur toutes les questions, des réponses raisonnables. Il n'y avait donc pas d'aphasie.

Dans les trois cas, et c'est là un point qui nous paraît des plus remarquables, la mort est survenue en trois ou quatre jours, et cependant, les lésions cérébrales étaient très limitées, n'intéressant que la substance blanche et les circonvolutions de l'insula, et comprenant, dans un seul cas, une partie de l'épaisseur de l'avant-mur. La capsule externe était complètement intacte, il en était de même à plus forte raison des noyaux centraux, du bulbe et de la protubérance. Comment une lésion aussi nettement localisée et aussi restreinte, dans une partie toute superficielle de l'encéphale, a-t-elle pu être suivie de mort à si bref délai ? On pourrait invoquer le grand âge des malades qui avaient 74, 80, et 84 ans et dont deux étaient atteints d'athérôme généralisé des artères cérébrales. M. Raymond, auquel cette particularité n'a pas échappé, est disposé à croire que les malades ont succombé par suite de lésions rénales et pulmonaires latentes, plutôt que par suite de la lésion cérébrale. Cependant, chez aucun des trois, les lésions thoraciques et abdominales ne s'étaient révélées avant l'attaque hémiplegique et tous trois se félicitaient d'avoir toujours joui d'une bonne santé. On ne saurait admettre facilement l'action foudroyante d'une maladie du cœur ou du rein, absolument latente jusque-là, et il paraît bien difficile de ne pas rapporter la mort à la lésion cérébrale. Il y a donc là une question importante qui appelle de nouvelles recherches ; les auteurs du travail qui vient d'être analysé, M. le Dr Raymond et son interne M. Brodeur, annoncent l'inten-

tion d'en poursuivre l'étude par la méthode expérimentale ; ils ne peuvent manquer d'obtenir des résultats intéressants.

Nous avons déjà eu occasion de parler de la vogue qu'a prise, dans les affections dyspeptiques, la pratique du lavage de l'estomac, avec le tube Faucher. Dans la séance du 27 décembre 1880, M. le D^r Régis a entretenu la Société médico-psychologique des applications dont ce procédé lui paraissait susceptible pour le traitement des aliénés sitiophobes. Une observation fort intéressante, recueillie dans le service de M. le D^r Espiau de Lamaëstre, directeur-médecin de l'asile de Ville-Evrard, et publiée par M. Mabit, interne du service, dans *l'Encéphale* (n^o de juin 1882), montre, d'une manière fort probante, que dans certaines circonstances le lavage de l'estomac peut sauver la vie du malade ; le fait mérite, en raison de son importance pratique, d'être rapporté avec quelques détails.

Il s'agit d'une jeune fille, âgée de vingt-trois ans, hystérique, qui depuis plusieurs années, présentait parfois des troubles mélancoliques et qui, au mois d'avril 1884, fut atteinte d'un accès de lypémanie aiguë. Elle fut amenée à l'asile de Ville-Evrard, le 2 mai, dans un état d'anxiété extrême, de délire des plus intenses, avec état fébrile, langue sèche, herpès labial. Depuis deux jours, elle refusait toute nourriture.

Il fallut recourir, le 4 mai, à l'usage de la sonde œsophagienne pour introduire dans l'estomac une solution purgative, qui provoqua des selles abondantes, sans faire cesser la sitiophobie. Du 6 au 12 mai, on emploie tous les moyens ordinaires d'alimentation par la sonde ; les aliments même liquides, froids et injectés en très petite quantité, sont immédiatement rejetés ; il se produit chaque jour des vomissements verdâtres, la température s'élève, la bouche et l'arrière-gorge sont absolument sèches, l'odeur est fétide ; on donne, sans aucun succès, des lavements alimentaires pepsinés. La mort paraît imminente.

Le 12 mai, voyant que la malade allait succomber, en présence de l'état saburral des voix digestives, et du caractère bilieux du liquide vomé, on résolut, en désespoir de cause, d'essayer des lavages de l'estomac avec de l'eau additionnée de 3 grammes de sel de Vichy par litre. Dès le premier jour, après deux lavages, une certaine quantité de liquides alimentaires put être conservée.

Les jours suivants, on continua le même traitement en faisant trois lavages par jour, et en injectant des aliments de plus en plus substantiels qui ne furent plus rejetés ; puis, l'amélioration se confirmant, on ne fit plus que deux ou un lavage par jour. Le 22 mai on cessa complètement ; la malade mange seule, d'une manière suffisante ; elle dort bien ; au point de vue physique, elle est en pleine convalescence.

Le 15 juin, elle peut être rendue à sa famille qui la réclame ; l'état mental est peu amélioré, mais la santé physique est bonne ; elle continuait à l'être au mois de février 1882, lors des dernières nouvelles reçues.

Nous avons tenu à montrer, par cet exemple, la ressource précieuse que peut fournir le lavage de l'estomac dans des cas, rares il est vrai, mais qui sont souvent pour le médecin traitant une cause d'embarras sérieux et d'anxiété très grande ; c'est un moyen à ne pas oublier dans les extrémités de ce genre.

On reproche souvent aux médecins des asiles d'aliénés de ne pas toujours envoyer à destination les lettres écrites par leurs malades. Il ne s'agit pas, ici, bien entendu, des lettres adressées aux différentes autorités de l'ordre administratif ou judiciaire qui, par leurs fonctions, sont chargées de recevoir les plaintes des personnes séquestrées dans les asiles, et de leur faire rendre justice s'il y a lieu. La correspondance des aliénés avec les autorités doit être complètement libre, et la loi française a eu le soin de prescrire une pénalité contre les directeurs d'asiles qui retiendraient des let-

tres écrites dans ces conditions. Mais la sollicitude de certains réformateurs voudrait aller au delà; d'après eux, toutes les lettres écrites par les malades devraient être envoyées quel que fût le destinataire, quel que fût le contenu; le médecin n'aurait même pas le droit d'en prendre connaissance, et pour avoir plus de sécurité à cet égard, on a même proposé que les employés de l'administration des postes vinssent faire, eux-mêmes, la levée des boîtes dans lesquelles les aliénés auraient toute facilité d'introduire leurs élucubrations. A cet excès de liberté il est facile d'objecter les plaintes que les parents des malades seraient en droit de formuler; dans différentes formes de folie, les malades peuvent, inconsciemment, faire beaucoup de mal par leurs écrits, et les exemples ne manqueraient pas si l'on voulait montrer que le médecin aliéniste, en surveillant la correspondance des personnes confiées à ses soins, ne fait que remplir un strict devoir professionnel et peut, souvent, rendre des services importants et prévenir de fâcheux inconvénients.

Mais il se peut encore que la liberté laissée à la correspondance des malades d'un asile suscite d'autres plaintes que celles de leur famille ou de leurs amis. Il paraît, en effet, qu'un ex-pensionnaire de l'asile de Barnwood, en Angleterre, sorti après guérison, a déposé lui-même une plainte contre les médecins qui avaient laissé partir des lettres écrites par lui, alors qu'il avait la raison troublée, et avaient ainsi permis que son état de folie fût divulgué (*British Medical Journal*, 25 mars 1882). Embarrassante situation que celle des directeurs d'asile qui, s'ils retiennent la correspondance de leurs malades peuvent être accusés d'agir ainsi dans le but de dissimuler une séquestration illégale, et qui, s'ils la laissent partir, se voient menacés d'un procès pour violation du secret médical. N'est-il pas évident, dès lors, qu'aucune règle fixe ne peut être prescrite en pareille matière, et qu'il appartient au médecin, chargé

du contrôle des actes des malades qu'il soigne, de prendre connaissance des lettres écrites par eux, pour discerner, d'après son savoir et sa conscience, celles qui doivent être envoyées et celles qui doivent être retenues?

Les attentats à la vie des médecins des asiles d'aliénés se succèdent d'une manière bien faite pour démontrer aux plus incrédules que les hommes qui exercent ces fonctions sont, chaque jour, exposés à de bien graves dangers. Il y a unan à peine, notre regretté collègue, le Dr Marchant, recevait un coup de pistolet, tiré par un des pensionnaires de l'asile de Braquevillet et succombait au bout de quelques jours. Le 46 mars 1882, le Dr Gray, superintendant de l'asile d'Utica, État de New-York, avait la figure labourée par une balle de revolver; l'auteur de cette tentative de meurtre, qui a été reconnu aliéné et traité comme tel, n'appartenait pas à l'asile, n'avait jamais eu de relations avec le Dr Gray, et était venu du dehors pour décharger sur lui un des quatre pistolets dont il était porteur.

On a vu dans les « Variétés » du dernier numéro des *Annales* que, le 6 juin, une nouvelle attaque du même genre s'est produite, et la victime en a été le Dr Orange, le distingué superintendant de l'asile des aliénés criminels de Broadmoor, près de Londres. Pendant qu'il était assis à examiner des papiers qui venaient de lui être remis par un de ses malades, celui-ci lui porta subitement un coup très violent sur le sommet de la tête, avec une pierre enveloppée dans un mouchoir.

Plus récemment encore, M. le Dr Bécoulet, directeur-médecin de l'asile de Dôle, a été, dans des conditions identiques à celles du Dr Orange, frappé à la figure près des yeux, avec des morceaux de verre cassé, par un de ses malades, délirant par persécutions qui, aussitôt après avoir commis cette agression, essaya de se couper la gorge.

Tous les médecins aliénistes français éprouveront une vive

sympathie confraternelle pour l'accident arrivé au Dr Bécoulet ; ils ne seront pas moins sensibles au danger couru par le Dr Orange ; ce sentiment sera plus énergique encore de la part de ceux qui, comme nous, ont l'honneur de le connaître personnellement et qui, notamment, ont reçu de lui l'hospitalité la plus cordiale lors de la visite faite à l'asile de Broadmoor, pendant le Congrès de Londres de 1882. Tous se réjouiront, comme nous, qu'il ait pu échapper à une blessure aussi grave. Moins favorisé que lui, un inspecteur du gouvernement (*commissioner in lunacy*) a été, il y a quelques années, tué par un malade pendant une visite officielle qu'il faisait dans le même asile de Broadmoor.

Nous ne pouvons, à cette occasion, nous dispenser de faire une remarque comparative sur la législation relative aux aliénés criminels dans les différents pays. Dowell, qui vient de mettre en péril les jours du Dr Orange, après avoir déjà commis un acte analogue, est renfermé dans l'asile des aliénés criminels de Broadmoor. Remshaw qui, après avoir tiré un coup de pistolet sur le Dr Gray, a été reconnu privé de sa raison, a été renfermé, sans avoir subi de condamnation, dans l'asile spécial de l'Etat de New-York pour les aliénés criminels, à Auburn. En France, un aliéné dangereux qui, sous l'influence de son délire, commet un acte criminel, ne peut être placé dans le quartier spécial de Gaillon que s'il a subi une condamnation : aussi l'officier, qui a été le meurtrier délirant du Dr Marchant, n'a-t-il pu être placé ailleurs qu'à Charenton, au milieu de pensionnaires appartenant à la classe aisée, dont les familles sont en droit de regretter et de redouter un pareil voisinage pour leurs malades ; il se trouve même des journaux qui le représentent comme la victime d'une séquestration illégale, qui le citent comme un exemple lamentable de l'arbitraire du médecin aliéniste et qui réclament sa mise en liberté.

Le simple rapprochement de ces faits ne suffit-il pas

pour démontrer, de la manière la plus évidente, que notre législation spéciale contient, à cet égard, une lacune regrettable ? Nous savons du reste que l'on se préoccupe de la combler, et il y a tout lieu d'espérer que l'on ne touchera pas à la loi du 30 juin 1838 sans la modifier sur ce point.

A. F.

Pathologie

TRAUMATISME

AVEC PERFORATION DU CRANE

FOYER PUROLENT ET VERMINEUX DU CERVEAU,
HÉMIPLÉGIE DROITE PROGRESSIVE
ET CONSÉCUTIVE A LA DESTRUCTION DES CIRCONVOLUTIONS
CÉRÉBRALES MOTRICES CORRESPONDANTES

Par M. le Dr PETRUCCI

Directeur-médecin de l'asile Sainte-Gemmes-sur-Loire.

Le nommé L..., cultivateur à Chemellier (Maine-et-Loire), âgé de cinquante-neuf ans, grand et maigre, d'un tempérament nerveux, de constitution assez robuste, entre à l'asile de Sainte-Gemmes le 15 août 1881. Il est couché sur le côté droit paralysé ; il porte au sommet de la tête, près de la suture longitudinale, légèrement à gauche et sur le trajet du canal osseux de l'artère méningée moyenne, une blessure profonde avec fracture et perforation du crâne. Nous pouvons y engager perpendiculairement un stylet, à environ 10 centimètres de profondeur. La plaie est la source d'une suppuration abondante, de mauvaise nature et donnant au pronostic une gravité toute spéciale.

Le pus est séreux, mal lié, infect, mélangé à des détrit

de substance nerveuse au milieu desquels s'agitent des vers nombreux, connus vulgairement sous le nom d'asticots.

Malgré la gravité de ces symptômes locaux, l'état général se maintient assez bon. Pas de fièvre, la température variant de 37 à 38 degrés du matin au soir. Le pouls est régulier, petit et normal, aucun signe d'inflammation consécutive du cerveau ou de ses enveloppes. Les fonctions digestives s'accomplissent normalement, lorsque le malade consent à manger ; car il lui arrive de refuser des aliments, mais pour un tout autre motif, et en raison d'idées bizarres et malades.

Au point de vue mental, cet homme n'offre rien de bien particulier. Il est atteint de lypémanie caractérisée par des conceptions tristes, des périodes d'excitation alternant avec de la stupidité, des hallucinations sensorielles, des tendances au suicide. Il appartient à la grande classe des héréditaires. Une sœur est morte à l'asile il y a sept ans, atteinte comme lui de lypémanie.

Le degré de l'intelligence est moyen, les facultés et les aptitudes assez bien équilibrées et sans autre prédominance qu'un grand développement des sentiments affectifs.

Aucune cause déterminante bien sérieuse. L'accès actuel est le premier. Il s'est développé tardivement, obéissant à la seule loi d'évolution du germe héréditaire.

Depuis trois ou quatre mois, L... semblait tout autre ; il ne dormait plus, affichant des idées de suicide, s'excitait par intermittence, manifestant des tendances agressives qui le rendaient dangereux. Il entendait des voix qui lui criaient : « Rira bien qui rira le dernier. »

C'est sous l'influence de ces idées délirantes, que le 4 août, c'est-à-dire onze jours avant son entrée dans l'établissement, le malade se frappa d'un violent coup de marteau sur la tête, sans le but de se donner la mort.

L'instrument dut frapper par l'un des angles, car la plaie était relativement petite, et le crâne fracturé dans un très

petit espace, pour ainsi dire perforé dans une étendue de la grosseur d'un noyau de cerise; de plus, la commotion cérébrale fut légère, car le blessé ne fut pas terrassé. Il ne perdit pas connaissance, ni l'usage d'aucun membre, d'aucune faculté.

Le dixième jour après l'accident, c'est-à-dire la veille de l'entrée à l'asile, cet homme fut pris d'un commencement d'hémiplégie droite. La plaie de la tête ne guérissait pas. Elle était mal soignée, peu surveillée. La famille, ne voyant aucune amélioration se produire et effrayée de l'aggravation progressive, se décida enfin à placer ce malheureux à l'établissement.

Ce fut dans cet état qu'il nous arriva.

La paralysie augmenta les jours suivants, elle fut bientôt complète pour les deux membres droits, mais elle ne se propagea pas jusqu'à la face.

Les facultés intellectuelles étaient conservées. Le malade, lorsqu'il n'était pas obsédé par ses idées délirantes, répondait très convenablement à toutes nos questions.

Il nous avoua qu'il avait eu l'intention de se détruire, qu'il regrettait cet acte. Il accusait de la douleur dans la tête, au niveau de la plaie. Il se prêtait de bonne grâce à exécuter tous les mouvements que nous lui commandions, restant frappé d'impuissance dans les parties paralysées. Il nous dit lui-même qu'il s'était frappé de la main droite, qu'il n'était pas tombé sur le coup, qu'il avait pu marcher après et qu'il ne s'était aperçu de rien.

A d'autres instants, il restait plongé dans un état comateux ou de demi-stupidité, refusant de prendre des aliments. Parfois, survenait une légère excitation, pendant laquelle il enlevait, de la main gauche, les pièces de son pansement. Pendant quelques jours, nous fûmes même obligé de lui attacher légèrement le bras libre, et de limiter le champ des mouvements, afin d'empêcher la continuation de ce manège.

La plaie vermineuse du crâne fut aussitôt nettoyée et lavée avec soin. Le cuir chevelu fut rasé dans une certaine étendue autour de la blessure. Aucune contusion, aucun dépôt sanguin dans les parties environnantes absolument intactes et normales; nouvelle preuve que le marteau avait porté par un des angles.

La plaie fut pansée à l'acide phénique et des injections de même nature pratiquées par le trajet fistuleux. Le lendemain et les jours suivants, les vers sortirent morts, puis ils disparurent, et la suppuration se modifia avantageusement. Le pus devint moins séreux, moins fétide, puis crémeux et de bonne consistance.

Le stylet introduit avec beaucoup de soin dans la plaie s'enfonçait d'une longueur de dix centimètres; arrivé à ce niveau, il butait légèrement contre un obstacle que nous respectons avec la plus scrupuleuse attention, et que nous nous serions bien gardé de franchir en raison de la mollesse et de la délicatesse du tissu nerveux. La direction de l'instrument était presque droite, et perpendiculaire au sommet de la tête, un peu à gauche du sinus longitudinal et pénétrant légèrement en avant dans le tissu même du cerveau.

A n'en pas douter, et d'après les lois des localisations cérébrales, la première circonvolution frontale gauche, dans sa partie postérieure, en avant de la scissure de Rolando, devait être intéressée, la paralysie du membre inférieure droit et la direction du stylet l'indiquaient assez. La branche antérieure et supérieure de la quatrième frontale ascendante, devait être également lésée pour les mêmes raisons, et surtout à cause de la paralysie du membre supérieur droit.

On sait que ces régions sont reconnues comme les centres moteurs des membres; à la pathologie, d'en vérifier l'exactitude ainsi que notre diagnostic. J'ajouterai même, en raison de la paralysie tardive et progressive qui a eu lieu,

que les circonvolutions n'ont été intéressées que consécutivement, et détruites peu à peu par la suppuration et par les vers.

La plaie, heureusement modifiée par les pansements, commença à bourgeonner. Elle avait tendance à la cicatrisation. J'envisageais déjà avec inquiétude, l'instant où le trajet fistuleux venant à se rétrécir, la suppuration viendrait à s'entraver. Le pus, plus épais, sortait déjà avec moins de facilité.

Je redoutais de le voir fuser dans la cavité crânienne. N'y avait-il pas lieu d'intervenir, d'appliquer une couronne de trépan, et de donner ainsi une large issue à la suppuration?

Plusieurs considérations m'arrêtèrent dans cette voie.

La première fut que, pour être pratiquée avec utilité, la trépanation devait avoir lieu au siège même de la fracture, sur le trajet fistuleux. Or, la présence de la suture longitudinale du sinus du même nom, et de l'artère méningée moyenne, logée dans son canal osseux dans cette région, rendait impraticable l'application d'une couronne de trépan.

En second lieu, le pus sortait encore suffisamment par la plaie, et aucun signe sérieux n'imposait l'urgence de cette opération. J'ajouterai que deux confrères virent accidentellement le malade, émettant de leur côté l'avis qu'il y avait lieu de différer.

L..., cependant, s'affaiblissait graduellement. Il mangeait et se nourrissait irrégulièrement, à cause de son délire hypémaniaque le portant à refuser les aliments.

Cet état de choses demeura stationnaire jusqu'au 27 août. A cette époque, la température qui avait toujours oscillé entre 37 et 38 degrés, s'abaisse de 36 à 37 degrés.

Le 30 août, elle remonte à 38 degrés, une légère excitation fébrile se produit.

Le lendemain, la température atteint 39 degrés et s'y

maintient jusqu'au 2 septembre, jour de la mort. Celle-ci survint par suite d'épuisement nerveux, sans autre secousse que de petites contractions fibrillaires des muscles de l'avant-bras gauche, non paralysé.

Le côté droit paralysé est toujours demeuré immobile.

Autopsie.

L'autopsie du cerveau peut seule être pratiquée. Elle a lieu 28 heures après la mort. La rigidité cadavérique persiste. Sur le vertex, se présente une plaie elliptique de 4 centimètres carrés environ, de mauvais aspect, et au centre de laquelle se trouve une perforation du crâne. Le cuir chevelu, incisé et rabattu, la calotte crânienne enlevée soigneusement à l'aide de la scie, on aperçoit une sorte de champignon fongueux, d'un gris sale, noirâtre, sanieux. La perforation crânienne se détache au milieu de la calotte osseuse : elle a la largeur d'un fort noyau de cerise, et correspond exactement à gauche au sillon de l'artère méningée moyenne.

Une esquille osseuse reste adhérente au cuir chevelu, et une seconde à la dure-mère, au niveau de la plaie. Je dois, du reste, faire remarquer que le cuir chevelu, les os du crâne et la dure-mère ont contracté en cette région des adhérences intimes assez résistantes.

La perforation de la dure-mère présente la même largeur que celle du crâne. Elle siège à gauche du sinus longitudinal auquel elle est adossée.

Les bords en sont noirâtres, formés de brides fibreuses solides et épaisses.

Sous la dure-mère incisée, l'arachnoïde apparaît lactescente comme chez les vieillards.

Cette particularité se remarque surtout à droite.

A gauche, l'arachnoïde présente une teinte jaunâtre avec une vascularisation très développée.

De nombreuses suffusions sanguines siègent à la partie

postérieure de cet hémisphère. Au niveau des lobes antérieurs et moyens, la dure-mère et la faux du cerveau sont elles-mêmes tapissées par des dépôts sanguins qui leur ont imprimé une coloration jaune noirâtre.

En résumé, tout l'hémisphère gauche semble avoir macéré dans un liquide sanguin.

Un liquide séreux, louche et légèrement purulent, s'écoule du cerveau.

Les artères sont athéromateuses à un haut degré.

L'arachnoïde s'enlève avec facilité, laissant apercevoir au-dessous des circonvolutions cérébrales, volumineuses, profondes et bien conformées.

Sur la première circonvolution frontale gauche, dans son tiers postérieur, à deux centimètres environ en avant de l'encoche de la scissure de Rolando, se remarque un trajet fistuleux, correspondant à la perforation crânienne. L'ouverture de ce trajet est de la grosseur d'une lentille. La substance corticale et les enveloppes du cerveau ont contracté, en ce point, des adhérences ayant protégé les parties environnantes contre les fusées du pus.

Les tissus voisins sont, dès lors, absolument intacts.

Le stylet, introduit dans le trajet fistuleux, tombe aussitôt dans un foyer purulent du volume d'une grosse prune, ayant détruit une partie du tiers postérieur de la première circonvolution frontale, et intéressé dans une certaine étendue le lobule paracentral de Betz, l'ovalaire de Pozzi, et la portion supérieure de la branche antérieure de la quatrième frontale ascendante. Or, les centres moteurs du membre inférieur droit sont localisés dans le lobule paracentral de Betz, l'ovalaire de Pozzi, ceux du membre supérieur, un peu plus en avant dans la quatrième frontale ascendante.

La paralysie progressive des membres droits semble s'être produite parallèlement à la destruction des circonvolutions susmentionnées.

N'est-ce pas la confirmation de notre diagnostic et des lois encore récentes des localisations cérébrales motrices, sur lesquelles je l'avais étayé?

Un autre fait m'a semblé digne de remarque. La surface extérieure des circonvolutions intéressées sur la face interne du cerveau était lisse et beaucoup plus large que sur la congénère du cerveau droit. Certains sillons avaient disparu. Ce phénomène me paraît trouver une explication naturelle et suffisante dans la destruction progressive des tissus internes ayant amené nécessairement une modification de consistance, et par suite de forme extérieure.

Le foyer purulent ouvert laisse voir la continuation du trajet fistuleux. Celui-ci, après avoir traversé en avant la substance blanche du corps calleux, contourne le corps strié, et vient se faire jour à la base du cerveau près du chiasma des nerfs optiques, et sous la membrane recouvrant le corps pituitaire.

On aperçoit en ce point un dépôt purulent, offrant d'abord à l'œil l'aspect d'une fausse membrane nacrée, absolument comme celle qui existe à ce lieu d'élection dans la méningite tuberculeuse des enfants.

Le pus, après avoir pénétré dans le troisième ventricule par le trou de Monro, est arrivé par l'aqueduc de Sylvius jusqu'à la base du cervelet, dans le quatrième ventricule.

Pour faciliter l'intelligence du texte, j'ai figuré, dans le schéma ci-dessous de la face interne du cerveau gauche avec coupe perpendiculaire hémisphérique, le siège du foyer purulent et son trajet fistuleux, par une partie ombrée à l'aide de hachures.

Aucun signe d'inflammation des parties environnantes.

Le pus s'était donc épanché par cette issue dans les derniers moments de la vie, et alors qu'une réaction n'était plus possible.

L'hémisphère cérébral droit pesait 585 grammes, le

gauche 640 grammes en y comprenant le cervelet et le bulbe qui n'ont pas été séparés afin de conserver dans l'alcool cette pièce pathologique intéressante.

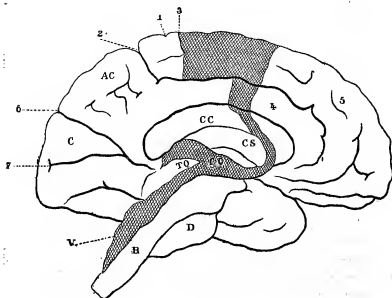


Schéma de la face interne du cerveau gauche, avec coupe perpendiculaire hémisphérique, indiquant par des hachures le siège du foyer purulent et son trajet fistuleux.

- | | |
|--|--|
| C. S. — Corps strié. | 1. Sillon de Rolando. |
| C. O. — Couche optique. | 2. Scissure fronto - pariétale interne. |
| C. C. — Corps calleux. | 3. Lobe paracentral. |
| V. — 4 ^e Ventricule. | 4. Circonvolution crêtée ou seconde circonvolution frontale interne. |
| D. — Coupe de la protubérance | 5. Première circonvolution frontale interne. |
| B. — Masse du bulbe. | 6. Scissure perpendiculaire interne. |
| T. Q. — Tubercules quadrijumeaux. | 7. Scissure calcarine. |
| C. — Coin, ou lobe occipital interne. | |
| A. C. — Avant-coin ou lobe quadrilatère. | |

RÉFLEXIONS.

Cette observation me paraît intéressante à bien des points de vue et donne naissance à des réflexions diverses et nombreuses.

En dehors de la confirmation des lois des localisations cérébrales motrices, il ressort que les facultés intellectuelles n'ont pas été modifiées par des désordres cérébraux aussi graves.

Elles sont restées ce qu'elles étaient avant l'accident, c'est-à-dire avec les mêmes qualités et les mêmes imperfections. Les régions encéphaliques, présidant au fonctionnement intellectuel, sont donc ailleurs et indépendantes de celles que nous venons d'examiner.

De ce fait, je crois devoir en rapprocher un autre que j'ai observé à l'asile de Dijon chez un soldat d'infanterie blessé à Reischoffen par une balle ayant fracturé l'os frontal gauche à son angle externe et supérieur, près de la suture pariétale. Il y eut perte de substance osseuse dans la largeur d'un pouce. La dure-mère et le cerveau n'étaient plus recouverts que par une cicatrice de la peau du front, sous laquelle on voyait battre une artère cérébrale. Cet homme devint consécutivement épileptique, avec accès maniaque précédant les crises, et constituant l'aura.

Souvent les accès maniaques seuls se produisaient, et les attaques d'épilepsie avortaient. L'aura maniaque se traduisait par de l'agitation, avec cris et congestion de la face. Le malade se figurait toujours qu'il était à la bataille, il criait : « Aux armes, tuez les Prussiens ! » Il se livrait en même temps à des gestes désordonnés comme s'il faisait

l'exercice et tirait le fusil; aucun centre moteur ne paraissait atteint, seules les facultés psychiques étaient troublées.

Elles étaient évidemment localisées dans les régions cérébrales correspondantes à la blessure, c'est-à-dire à la réunion de la première et de la deuxième circonvolution frontale.

Les troubles de la motilité se produisaient, par propagation de la cause morbide excitante, aux circonvolutions motrices voisines. Cette cause tenait à des modifications de la circulation du tissu cicatriciel des régions voisines, comme cela arrive ordinairement dans les anciennes cicatrices, par intermittence et à la moindre éventualité.

Pendant les crises comitiales, les pulsations artérielles de la cicatrice s'accéléraient ou diminuaient en intensité et en nombre, suivant les circonstances.

J'ajouterai que la pression du doigt sur la cicatrice et principalement l'artère, déterminait aussitôt des troubles psychiques, suivis parfois de crises épileptiformes, pourvu que la pression fût continuée.

Les facultés motrices et les facultés psychiques ont donc des localisations cérébrales parfaitement distinctes, quoique très difficiles à limiter. Les premières résident dans la région pariétale, les secondes dans la région frontale. La pathologie vient ici donner raison à la physiologie et aux expériences directes faites sur les animaux. Il y a longtemps que Gall avait affirmé cette vérité, tombée ensuite en discrédit par la systématisation théorique et fantaisiste qu'il en avait faite.

Je pourrais donner comme troisième exemple la conformation singulière du cerveau d'un idiot de dix-huit ans, qui est mort récemment, dans mon service, de pneumonie double.

Cet être avait une existence presque végétative et bien

au-dessous de certains animaux. Il ne parlait pas, ne reconnaissait ni les personnes ni les choses, avait peur de tout et était incapable d'exprimer un autre sentiment. Il s'était cependant habitué au gardien qui le soignait, seule personne dont il n'eût pas peur, mais un jour l'ayant aperçu sortant d'un bain et complètement nu, il fut effrayé.

Au point de vue physique, la conformation du corps était bonne; les traits réguliers, bien harmonisés et assez fins, mais manquant d'expression. Le crâne petit et très bas. Les membres bien faits, les muscles développés, les mouvements faciles, le corps bien pris, la peau fraîche, fine, délicate et riche en tissu adipeux comme chez la femme.

Le cerveau était petit, mal conformé et les deux hémisphères inégaux; le gauche, étant beaucoup plus développé que le droit, donnait à tout l'encéphale une forme légèrement incurvée à droite.

Les lobes occipitaux étaient très écartés et séparés comme chez les animaux par le cervelet d'un aspect lisse et presque sans circonvolutions.

Les lobes frontaux, à l'exception de deux ou trois circonvolutions orbitaires mal conformées et atrophiées, étaient remplacées par deux kystes séreux, cloisonnés et à parois fibreuses, résistantes, divisant complètement les deux hémisphères par les scissures parallèles frontales, de sorte que le cerveau ne commençait véritablement qu'à partir de la quatrième frontale ascendante, c'est-à-dire qu'avec les circonvolutions cérébrales motrices.

Une autre réflexion se présente naturellement à l'esprit en observant le cas de traumatisme que je viens de rapporter. Ne semble-t-il pas étonnant qu'un homme ait pu vivre aussi longtemps, avec une plaie semblable, et que l'inflammation se soit localisée avec autant de facilité et sans la plus petite propagation aux tissus environnants et surtout aux méninges? Je demeure persuadé que, sans l'existence

de cette plaie de mauvaise nature et remplie de vers, le malade eût pu guérir. La négligence des premiers pansements a facilité la production d'un abcès et la formation de vers qui, avec le pus, ont détruit la substance nerveuse.

La guérison des plaies du crâne et du cerveau n'est pas sans exemple dans la science.

A Angers même, le D^r Miraud a retiré du cerveau d'un ouvrier une gouge que celui-ci s'était enfoncée profondément à l'aide d'un marteau et dans l'intention de se donner la mort. Plus heureux que notre aliéné, cet homme parvint à guérir.

NOTE

SUR UN

CAS DE FOLIE SYMPATHIQUE

Par M. le D^r PONS

Médecin en chef de l'asile de Marseille.

En 1856 et en 1857, la Société médico-psychologique a consacré plusieurs séances à la discussion d'une thèse du D^r Loiseau sur la *folie sympathique*. Ce travail intéressant a été l'occasion, au sein de la docte assemblée, de joutes oratoires brillantes sur la question suivante : Y a-t-il une folie sympathique ? Convient-il d'augmenter la nosologie mentale d'une nouvelle entité morbide ? Au mois de juillet 1857, la discussion était close sans résultat. Ce n'est pas que de nombreux faits n'aient été produits, au cours de ces séances, en faveur de l'existence de cette vésanie ; mais ces faits étaient soumis à un contrôle sévère, et le nombre de ceux qui paraissaient probants s'en amoindissait singulièrement, si bien que le D^r Cerise, l'un des éminents orateurs qui se sont fait entendre à cette époque, pouvait faire cette réflexion : « A mesure que la discussion avance, » je vois que les faits de folie sympathique sont plus rares » que je ne le croyais moi-même. »

Nous pensons, en effet, que la folie sympathique doit être très rare et, sans vouloir reprendre ici les arguments qui ont été apportés pour et contre son existence, nous nous bornerons à résumer les conditions jugées nécessaires pour l'admettre. Le D^r Parchappe a précisé, dès le début, la valeur du mot. Il indiquait l'action réciproque de deux

éléments morbides dans deux sièges distincts. La folie sympathique serait celle qui se développerait avec la souffrance d'un organe et disparaîtrait avec la douleur de cet organe...

Les deux affections morbides devaient avoir une marche parallèle et exercer l'une sur l'autre une action réciproque sans qu'on pût trouver entre elles des relations de causalité.

M. Baillarger insista sur ce dernier point, en faisant la remarque très juste qu'un examen trop rapide exposait à confondre une maladie *sympathique* avec une maladie *symptomatique*. Enfin, l'apparition de la folie au cours de certaines affections extra-cérébrales n'était souvent qu'une simple coïncidence, si on pouvait l'expliquer par des causes morbides connues telles que l'hérédité, les diathèses, une altération du sang, etc.

Toutefois, certaines vésanies liées à l'affection puerpérale, aux troubles des fonctions génésiques, certains délires naissant dans le cours d'une maladie viscérale ou paraissant en rapport avec la présence de vers intestinaux dans les organes, ont paru sortir victorieux de cet examen. Nous mentionnerons encore toute une catégorie de faits rapportés par M. Legrand du Saulle; ce sont les troubles cérébraux qui se manifestent après l'introduction de larves d'insectes dans les sinus frontaux. Leur caractère sympathique est difficilement contestable. L'un des plus remarquables que possède la science, est l'observation d'une jeune maniaque épileptique traitée à l'asile de Dijon, dans le service de M. le Dr Dumesnil. Notre cher et savant maître fut assez heureux pour découvrir la nature parasitaire de l'affection dont cette jeune fille était atteinte, et il la soumit à un traitement par les fumigations arsénicales qui fut couronné d'un plein succès (cigarettes fumées par le nez).

L'observation que nous publions aujourd'hui nous paraît digne d'intérêt; car elle remplit la condition la plus impor-

tante de celles qui ont été exigées : marche parallèle des troubles mentaux et de l'affection extra-cérébrale. En outre, ce parallélisme est rendu plus évident par certaines conditions particulières qu'a fait naître le traitement.

OBSERVATION

M^{me} X..., âgée de cinquante-trois ans, rentière, est entrée le 18 février 1884, à l'asile public d'aliénées de Bailleul.

C'est une personne de forte stature, d'un tempérament bilioso-sanguin. Elle est amenée par son mari qui fournit sur son passé les renseignements suivants : Il ne lui connaît pas d'antécédents héréditaires. Elle est mariée pour la seconde fois depuis quatre ans. Avant ce mariage, elle était veuve depuis de longues années et tenait un café qui prospérait. Elle possède une bonne instruction moyenne. M^{me} X... n'a jamais eu de grossesse et n'est plus réglée depuis cinq ans environ. Depuis quelque temps, sa santé physique laissait à désirer ; elle digérait mal et éprouvait des troubles nerveux mal définis. Elle a été traitée autrefois pour le tænia et l'on croit que le ver a été expulsé.

Le début de la maladie mentale remonte à un mois. Elle a été attribuée par l'entourage de la malade à l'angoisse que lui aurait causée une absence prolongée de son mari. M^{me} X... est devenue tout à coup agitée et loquace. Le système émotif paraissait surtout atteint chez elle. Alternativement se manifestaient des sanglots, et les éclats d'une gaieté turbulente. Plus tard, apparurent des hallucinations et on la surprit causant avec des personnes absentes. Par moments, elle avait des idées de grandeur, se croyait reine, grande dame, interpellait des personnages haut placés sur un ton de commandement ; puis se mettait en fureur et finissait par répandre un déluge de larmes qui mettait fin à la crise. Mentionnons enfin, tout spécialement, un symptôme d'une certaine importance qui s'est montré dès le début de la maladie mentale et que nous retrouverons à

l'asile, le délire du poison. Cet état s'est aggravé progressivement. L'alimentation insuffisante, l'agitation et l'insomnie ont exercé une dépression fâcheuse sur les forces physiques et la malade est très débilitée au moment de son admission à Bailleul.

Elle est dans un état d'agitation maniaque intense. Le désordre mental s'accroît la nuit, pendant laquelle M^{me} X... se montre d'une violence inouïe. Son délire lui montre des ennemis imaginaires contre lesquels elle se débat. A la visite du matin, comme nous constatons les traces de l'agitation de la nuit, elle nous appelle d'un nom étranger, et nous dit : « Eh bien ! monsieur M..., on s'est battu cette » nuit, vous avez entendu le canon ; ils sont en déroute. » Le sens du goût est dans un état de perversion complète. Elle attribue aux aliments qu'on lui présente des qualités malsaines et les repousse énergiquement. Aussi, toute la patience et l'habileté d'une religieuse qui a fait ses preuves sont-elles fréquemment impuissantes à lui faire prendre quelque nourriture, et l'emploi de la sonde (qu'heureusement elle redoute) est-il parfois impérieusement indiqué. La constipation est habituelle. Cet état mental a présenté quelques rémissions sous l'influence de bains tièdes, de lavements froids et de l'administration, à deux reprises, d'un purgatif au séné. Cette dernière médication, prescrite le 26 février et le 22 mars, a produit chaque fois une sédation très heureuse de plusieurs jours de durée. Le calme a été assez marqué pour permettre à la malade de passer au pensionnat des tranquilles. Mais, au bout d'une semaine environ, l'agitation se montrait de nouveau ; M^{me} X..., refusait les aliments, brisait, déchirait et battait les personnes de service.

Le 22 mars, jour de la deuxième purgation, on découvrit pour la première fois, dans les selles de la malade, des anneaux de tænia, et la nouvelle médication qu'imposait cette découverte fut aussitôt résolue. Nous fîmes choix d'une

préparation qui nous avait fort bien réussi dans d'autres circonstances, les dragées d'extrait de cousson, et nous priâmes l'administration de l'asile de se procurer, dans le plus bref délai, cette spécialité pharmaceutique. Le traitement promettait, à ce moment, d'être d'une application facile. Ainsi qu'il a été dit plus haut, la sédation résultant de l'effet du purgatif commençait à se manifester, et la malade, devenue raisonnable, montrait un vif désir de guérir et se soumettait volontiers à ce qu'on exigeait d'elle. Nous avions compté malheureusement sans les lenteurs de l'expédition, et le médicament arriva trop tard. La période de calme s'était écoulée et, lorsque nous eûmes en notre possession les dragées tant désirées, nous nous trouvâmes en présence d'une maniaque intraitable, en proie à une agitation plus intense que jamais, et incapable de rien entendre. Cet accès nous parut d'une gravité très grande; aussi nous résolûmes, peut-être à tort, d'agir immédiatement, sans chercher à obtenir une accalmie nouvelle et de faire ingérer à la malade, à l'aide de la sonde, l'agent tœnicide. Le 13 avril, les dragées furent triturées avec soin, et la poudre qu'elles donnèrent fut délayée dans un liquide mucilagineux. M. le Dr Raynaud, médecin adjoint de l'asile, auquel sa qualité de pharmacien donnait une compétence incontestable en cette matière, fut chargé de surveiller de près la manipulation et d'administrer la mixture par les fosses nasales. Mais alors survint un événement inattendu dont les conséquences doivent être soigneusement notées. On se rappelle que Mme X... avait une grande terreur de la sonde œsophagienne. La vue seule de l'instrument la jeta dans une angoisse telle qu'elle demanda instamment qu'il lui fût permis de prendre le médicament par la bouche. Le cas était embarrassant. Les coquets bonbons, enrobés dans du sucre, n'existaient plus et avaient fait place à une mixture répugnante. D'autre part, on ne pouvait songer à demander une seconde fiole du médicament et à retarder le traitement de

plusieurs jours. Les supplications de Mme X... furent écoutées, et il lui fut permis d'avalier la préparation, ce qu'elle fit courageusement. Mais son estomac ne fut pas à la hauteur de son énergie et les deux tiers environ de la mixture furent rejetés. Toutefois, la petite quantité qui fut tolérée, produisit un effet surprenant. Un grand nombre d'anneaux détachés et déformés furent expulsés, mais il nous fut impossible de reconnaître dans les évacuations la tête de l'helminthe.

Au point de vue mental, le résultat fut d'abord satisfaisant et put en imposer pour une guérison. La malade était retournée au pensionnat tranquille et elle y recevait assez fréquemment la visite de son mari, qui profitait de cette amélioration pour la conduire à la promenade. Mais un symptôme persistait, qui nous mettait en garde contre un optimisme prématuré, c'était des idées de persécution touchant certaines personnes qu'elle croyait être les ennemies de son mari, de défiance à l'égard de son mari lui-même. Plus tard, le délire mélancolique s'affirma, des hallucinations survinrent et la malade devint encore une fois maniaque. Toutefois, l'agitation était moins grande que précédemment; Mme X... était simplement loquace et désordonnée, ne brisait pas et acceptait la nourriture. Enfin, des anneaux de ténia firent leur apparition dans les garde-robes et une nouvelle administration du couso fut aussitôt décidée le 14 juillet.

Cette fois, les conditions étaient meilleures. La malade était docile, avait conscience de sa situation et voulait en finir à tout prix. Aussi, nous pûmes la soumettre au traitement ténicide, dans toute sa rigueur, en y comprenant les purgations complémentaires. Le résultat fut aussi heureux que possible, et nous eûmes la satisfaction de pouvoir étaler sur une table, dans toute sa longueur, le redoutable cestoïde. La guérison de la maladie mentale ne se fit pas attendre. Mme X... occupait le jour même son appartement

du pensionnat tranquille et quittait l'asile le 30 juillet 1881. Trois semaines après, nous recevions de M. X... une lettre de remerciements. Il nous annonçait que l'état mental de sa femme était aussi satisfaisant que possible et que personne ne se doutait dans le pays qu'elle eût été en traitement dans un asile d'aliénés (4).

Il est intéressant, dans cette observation, de suivre dans sa marche irrégulière l'affection mentale et de constater le parallélisme rigoureux qui s'établit entre elle et la maladie vermineuse. Nous voyons des amendements successifs dans les symptômes correspondre à diverses phases du traitement. C'est d'abord l'administration d'un purgatif qui est suivie, à deux reprises, de rémission dans le délire. Il n'est pas illogique d'admettre que la malade a bénéficié, dans ces deux circonstances, d'une action exercée par le médicament sur le ver solitaire. Plus tard, une amélioration plus franche et plus durable a été obtenue, à la suite de la première ingestion du couso. Mais les conditions défectueuses dans lesquelles s'est opérée la cure, ont eu pour résultat de laisser la malade sous l'influence du ver solitaire. La guérison n'a été qu'apparente.

De nouveaux anneaux de tænia se sont formés et ont donné naissance à de nouveaux troubles délirants de nature sympathique. Enfin, des circonstances plus favorables nous ont permis d'instituer un traitement complet, et l'expulsion du tænia dans son intégrité a été immédiatement suivie de la disparition du délire. La simultanéité des faits morbides est donc indéniable. Si l'on ajoute à ce caractère l'absence du vice d'hérédité, de toute affection diathésique, et le défaut de connexion apparente entre le cerveau et le viscère qui est le siège de la maladie, on n'hésitera pas à reconnaître, dans le cas que nous venons de rapporter, un cas de folie sympathique.

(4) Nous apprenons au dernier moment (12 août 1882) que la guérison de M^{me} X... s'est maintenue.

Il nous reste à examiner, en terminant, une question qui été posée au cours de ces intéressantes séances.

La folie sympathique a-t-elle des symptômes constants, en rapport avec la cause avec laquelle elle est liée ?

En l'état actuel de la science, nous ne pouvons avoir que des présomptions. Il est probable que des syndromes distincts se rapportent à certaines causes, mais la définition de ces états morbides, leur groupement clinique reste à faire et doit reposer sur de nombreuses observations. Actuellement, quelques faits nous paraissent favorables à cette idée. La folie puerpérale, par exemple, a sa physiologie propre qui la fait aisément reconnaître. Le trouble mental lié aux affections intestinales revêt généralement la forme de la lypémanie hypochondriaque.

Le Dr Holthof a décrit dans le *Correspondenz Blatt*, les symptômes mentaux qui compliquent le catarrhe duodénal (1). Le malade est hypochondriaque, d'autre fois mélancolique avec idées de persécution, d'indignité et exagération de la conscience. Ce médecin rapporte le cas curieux d'un malade qui devient méchant et querelleur après chaque repas, et présente cette perversion du caractère jusqu'à ce qu'une évacuation survienne. La fièvre typhoïde se complique parfois d'un délire vésanique à forme ordinairement maniaque, quelquefois mélancolique, avec illusions et hallucinations.

M. Dumesnil l'a étudié et a indiqué un moyen précieux de le distinguer du délire fébrile. Ce moyen consiste dans l'examen de l'urine qui est albumineuse dans les cas de troubles cérébraux liés à la dothiéntenterie (2).

Le professeur Gricsinger admet l'existence d'une manie aiguë compliquant la pneumonie, et le Dr Kelp a rapporté, dans un journal allemand (*Arch. für psychiatrie*), l'obser-

(1) *Ann. médico-psychologiques*, 1874.

(2) *Ann. médico-psychologiques*, année 1863.

vation d'un pneumonique maniaque qui a succombé avant le retour à la lucidité. Ce trouble psychique ne doit pas être confondu, selon Griesinger, avec le délire des pneumonies graves (1).

Dans l'espèce particulière qui nous occupe, la folie causée par les vers, les faits observés sont rares, au moins en France. Depuis le cas de Ferrus, dont on trouve la relation dans les bulletins de l'Académie de médecine, nous ne trouvons pas de nouvelles observations de folie sympathique liée au tænia. Il en existe quelques-unes d'aliénation mentale guéries à la suite de l'expulsion d'ascarides lombricoïdes, mais l'appareil symptomatique observé n'offre rien de bien caractéristique. Il faut noter toutefois une forme mentale intéressante, présentée par un des malades dont l'histoire est rapportée dans la thèse du Dr Loiseau. Ce malade, qui guérit, avait un délire d'une nature très fâcheuse au point de vue du pronostic : « Il se croyait composé de verre et ne voulait faire aucun mouvement de peur d'être mis en pièces. » Nous devons donc faire des réserves au sujet de l'assertion de ce confrère éminent, qui écrit dans sa thèse que la forme de la maladie mentale influe *nécessairement* sur le pronostic. Enfin, la présence des oxyures dans l'intestin donnerait lieu surtout aux manifestations du délire aigu, s'il faut s'en rapporter aux observations du Dr Vignard, *Journal de médecine de l'Ouest*, et du Dr Peyreigue, *Revue médicale de Toulouse* (2).

En Allemagne, ce point de psychiatrie paraît être mieux connu, peut-être parce que les affections vermineuses sont plus fréquentes dans ce pays.

En 1861, nous trouvons dans les *Annales médico-psychologiques* la mention d'une monographie complète du Dr Ernest Vix sur l'*helminthiasis* des aliénés. L'auteur de ce travail

(1) *Ibid.*, année 1873.

(2) *Ann. médico-psychologiques*, 1874.

établit que l'éclampsie, l'épilepsie, l'hypochondrie, la manie, n'ont souvent d'autre cause que la présence de vers, et il fournit des indications très complètes pour la recherche des œufs d'oxyures, lombrics, tricocéphales, etc. Il affirme qu'à l'*helminthiasis* se rapporte une symptomatologie propre, dont les traits les plus saillants sont : la perturbation de la sensibilité de diverses régions, la perversion du goût, l'excitation génitale. L'héméralopie a été notée chez quelques malades.

Quoi qu'il en soit, si les quelques faits épars qui existent dans la science nous portent à admettre, en thèse générale, l'existence de symptômes spéciaux afférents aux diverses folies sympathiques, on ne saurait tirer de ces faits, encore trop rares aujourd'hui, des conclusions cliniques sérieuses. Cette étude reste à faire. Comme le disait justement un aliéniste distingué que la science vient de perdre, M. Brierre de Boismont, il importe que chacun apporte des faits avant de pouvoir conclure.

En publiant cette observation, nous n'avons eu d'autre but que de nous conformer à la pensée de notre regretté confrère.

DES

LÉSIONS OPHTHALMOSCOPIQUES

DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Par M. Ch. DUTERQUE
Interne à l'asile d'Auxerre.

Toutes les maladies de l'encéphale et de la moelle épinière ont un retentissement marqué sur la circulation, sur la nutrition, sur la sécrétion de la choroïde, et la rétine du nerf optique.

L'œil tient effet au cerveau de deux façons : par sa fonction sensorielle et par sa circulation. Entouré par la sclérotique qui est l'analogue de la dure-mère, par la choroïde, analogue à la pie-mère, et par la rétine qui représente la substance nerveuse encéphalique, il est la terminaison externe du nerf optique, la terminaison interne tenant aux tubercules quadrijumeaux, et aux pédoncules antérieurs de la moelle.

Des capillaires artériels lui viennent du cerveau par le nerf optique ; le sang de ses veines rentre dans le sinus caverneux, et un obstacle cérébral quel qu'il soit peut empêcher sa course de façon à le faire refluer dans les veines rétinienne ; en outre et indépendamment de tout obstacle matériel, ces mêmes vaisseaux se relâchent par l'action du grand-sympathique, ou sous l'influence de lésions médullaires : de sorte que, directement ou indirectement, par obstacle mécanique ou par phénomène

réflexe, les maladies cérébro-spinales ont sur lui l'influence la plus décisive (1).

Ces données, très séduisantes théoriquement, trouvent leur absolue consécration dans les faits.

Ceux-ci montrent qu'il existe une analogie très grande entre les lésions intra-oculaires et les phénomènes inflammatoires : il se fait, dans le fond de l'œil, une hyperémie du nerf optique, accompagnée ou suivie d'œdème partiel, d'hémorrhagie même, suivant l'intensité de l'inflammation. Bientôt se forme une exsudation rétinienne péripapillaire, puis des granulations graisseuses dues à la régression des éléments pathologiques.

Cependant il ne faudrait pas dire que les lésions de l'œil ont quelque chose de pathognomique par elles-mêmes, et que la simple inspection de la papille puisse faire affirmer que là est une méningite, ici une myélite. Non ; il est des phénomènes qui ne deviennent des signes réels, absolus, que par leur association avec les autres phénomènes morbides. — Un râle crépitant ne donne de valeur au diagnostic lorsqu'il est accompagné de point de côté, d'expectoration sanglante, d'état fébrile. — Est-ce que l'hémoptysie, l'hématémèse, le gargouillement, l'épistaxis ont chacun, pris séparément, une signification pathognomonique ? Tous ont besoin d'être groupés d'une certaine façon, et c'est de ce groupement particulier que naît et se dégage le diagnostic différentiel.

Les choses se passent identiquement pour le cerveau. Si les altérations de l'œil sont précédées ou accompagnées de troubles du mouvement et de la sensibilité ; si à ces altérations s'ajoutent tantôt des vomissements, de la constipation, du délire, de l'hémiplégie, des convulsions épileptiformes, de la paralysie lente, progressive, on obtient une association d'éléments d'où sort, par l'étude attentive

(1) M. Bouchut (maladies cérébrales).

et comparée, par des examens fréquents, un diagnostic d'une plus grande netteté, d'une plus remarquable précision.

Ces quelques généralités étaient indispensables à l'exposition de la méthode cérébroscopique; nous pénétrerons de suite dans la question ici visée, c'est-à-dire dans l'étude des lésions profondes de l'œil dans la paralysie générale.

C'est à M. Baillarger, le premier, que revient l'honneur d'avoir signalé à l'attention des praticiens l'inégalité des pupilles. Cette inégalité vient, d'après l'auteur, de la dilatation anormale d'une des deux pupilles; et cette dilatation inégale, il l'explique par la prédominance des lésions dans l'un des deux hémisphères. Sauf l'inégalité pupillaire signalée par M. Baillarger, on n'avait rien trouvé. — Voici le tableau des lésions inédites trouvées par nous dans la paralysie générale. (Communiqué à la société médicale de l'Yonne. Séance de mai 1879.)

Ce sont, par ordre de fréquence :

1° La congestion papillaire.

Cette congestion est générale ou partielle; bornée à un segment ou à la totalité de la surface papillaire.

La papille revêt l'aspect tantôt rosé, tantôt rouge foncé, en parcourant la gamme des nuances intermédiaires.

Souvent, on rencontre des vaisseaux capillaires ayant augmenté de volume; quelquefois, on constate la présence de capillaires qui n'existent pas dans l'œil normal.

2° La dilatation et les flexuosités variqueuses des veines rétiniennes.

La présence de cette lésion se fait remarquer principalement par la saillie et le relief des veines centrales, en dehors de la rétine. On constate une image aussi en relief que si on la voyait à travers l'instrument appelé stéréoscope. — En un mot, il semble que, pour l'observa-

teur, les vaisseaux ne font plus partie intégrante de la papille, mais qu'ils sont très nettement placés en avant, sur un plan antérieur à celle-ci.

3° *L'œdème papillaire et péripapillaire.*

Il y a dans cette lésion quelque chose qui se rapproche de la congestion simple. — Elle en diffère cependant par l'aspect général de l'infiltration qui est pâle, au lieu d'être rouge comme dans la congestion.

De plus, cette infiltration voile, comme dans un nuage, la circonférence de la papille.

La comparaison la plus simple, qui ferait le mieux saisir cet état particulier de la papille, serait dans l'aspect du disque lunaire complet, si un réseau de nuages blanchâtres en marquait les contours.

4° *L'atrophie de la papille.*

Ce processus morbide semble être la terminaison obligée de la paralysie générale. — La papille a diminué de volume, le calibre des artères et de la veine centrale est diminué, la papille est plate, crayeuse ou grise, ne laissant plus de traces des vaisseaux qui lui donnent sa teinte rosée habituelle.

5° *L'atrophie choroïdienne.*

Quand la maladie a plus de durée encore, on trouve de l'atrophie choroïdienne, caractérisée par la disparition partielle de la couche pigmentaire. La rétine déjà atrophiée laisse apercevoir derrière elle le tissu fibreux de la choroïde sous forme de taches blanchâtres disséminées.

6° *L'hémorrhagie rétinienne et les granulations graisseuses.*

Quelquefois enfin, et dans le cas où de nombreux abcès épilépliformes se sont développés, on trouve, par le fait

même d'obstacles au retour du sang veineux dans les sinus, des hémorrhagies sous forme de taches rouges, arrondies, placées le long du trajet des veines, — ou encore des granulations volumineuses, et très réfringentes, sur la rétine et sur la choroïde.

Cet aspect ressemble beaucoup à ce que Desmarres et Liebreich ont figuré dans leur atlas sous le titre de *rétinite albuminurique*.

Nous avons décrit d'une façon méthodique les lésions et altérations principales du fond de l'œil dans la démence paralytique, méthodiquement disons-nous, parce que ces différents processus se suivent avec ordre, chronologiquement pour ainsi dire, parce que la lésion décrite en sixième lieu déroule de la cinquième ; la cinquième, de la quatrième ; la quatrième de la troisième, et ainsi de suite. En un mot, on peut, par l'examen ophtalmoscopique, connaître l'histoire d'un malade atteint de paralysie générale, depuis le commencement du processus jusqu'à sa terminaison. Mieux encore, l'examen vous permet de diagnostiquer la période où se trouve le malade, sans avoir à se servir de l'interrogatoire ou d'une observation attentive de quelques jours.

En ne tenant compte que des états anatomiques se rapprochant le plus de l'inflammation des autres tissus de l'organisme, on arrive à deux lésions principales, fatalement liées entre elles. Ces deux lésions sont la congestion, avec ses degrés plus ou moins avancés (tels que dilatation et varicosité des vaisseaux rétiniens, l'œdème papillaire et péri-papillaire) et l'atrophie ou sclérose des éléments histologiques, métamorphose régressive.

Les dernières lésions citées, telles que l'atrophie choroïdienne et les hémorrhagies rétiniennes, de quelque volume qu'elles soient, sont plus rares et en rapport avec la vulnérabilité de l'appareil oculaire, et l'état plus ou moins athéromateux de la circulation.

Nous allons maintenant décrire les observations qui ont donné lieu aux conclusions générales tirées plus haut.

OBSERVATIONS.

Obs. I. — D... Louis, ancien cocher, quarante ans; pas d'antécédents héréditaires. Excès alcooliques. Trois ans d'invasion.

Pupilles inégalement dilatées.

Œil droit. — Forte congestion de la choroïde. Pulsations artérielles et veineuses visibles à l'examen. Légère atrophie de la papille. Aspect blanc nacré caractéristique.

Œil gauche. — Hyperémie veineuse très considérable. La congestion papillaire est très marquée, ayant son summum à la face interne de la papille.

Mal délimitation de la papille dont la circonférence est rendue indécise par un œdème sensible.

Obs. II. — L... Antoine, quarante-cinq ans, entrepreneur de charpentes. Deux ans d'invasion. Pas d'antécédents héréditaires. Légère hémorrhagie avant l'entrée à l'établissement. Excès de travail. Excès de toute sorte. Sortie de l'asile, étant à la période moyenne, emmené par la famille.

Dilatation pupillaire inégale.

Œil gauche. — Congestion forte de la papille. Teinte rouge exagérée et diffuse au bord du segment interne.

Congestion de la choroïde. La première chose qui frappe, en examinant la papille, c'est la présence d'une petite tache hémorrhagique au bord interne et inférieur, l'exsudat hémorrhagique est ancien, car il est à peine coloré, et permet de suivre très suffisamment le trajet des vaisseaux.

Œil droit. — Artère et veine centrale très développées. Véritable ectasie artérielle et veineuse.

Papille très petite, d'un diamètre tellement restreint que les vaisseaux à eux seuls en occupent toute la circonfé-

rence. La papille est blanche, macrée, à contours indéfinis; c'est à peine si on peut lui assigner une figure géométrique.

En résumé : congestion, œdème péripapillaire diffus et atrophie avancée de la papille.]

Obs. III. — N... Philippe, trente-huit ans, chapelier. Une cousine a été atteinte d'aliénation mentale. Excès de toute sorte. Quatre ans d'invasion.

Papilles inégalement dilatées.

Œil droit. — Hyperémie considérable de la rétine. Les veines sont très augmentées de volume, surtout à leur émergence de la papille, elles présentent de véritables varicosités, et à la limite de l'*ora serrata*, ces varicosités renferment dans leurs plis des renflements ampullaires soumis à des pulsations très curieuses. Par contre, les capillaires sont à peine visibles.

[*Œil gauche.* — Hyperémie considérable de tous les vaisseaux centraux. Les veines sont énormes. Les vaisseaux centraux peuvent se suivre à quelques millimètres de la papille, mais se noient bientôt dans un œdème diffus.

Légère atrophie de la papille :

Une observation à faire au sujet du malade qui fait l'objet de cet examen.

Dans son délire essentiellement orgueilleux, il parle continuellement de planètes, de lumières éclatantes qui flambaient avec l'éclat de la lumière électrique, et disparaissent soudain pour recommencer deux secondes après.

Nous pensons qu'on peut expliquer ces fausses perceptions lumineuses presque pulsatives, par la présence de ces ampoules veineuses, dont les dilatations et les contractions coïncident avec les battements du cœur.

Obs. IV. — G... Louis-Pierre, quarante-huit ans, vigne-

ron, ancien militaire. Pas d'antécédents héréditaires. Excès de toute sorte. Trois ans et demi d'invasion. Mort.

Dilatation pupillaire inégale.

Œil droit. — Les vaisseaux suivis avec soin sont hyperémiés et tortueux. Papille déformée, échancrée sur ses bords. Le disque ovale qu'elle doit figurer normalement est modifié, car le grand diamètre de ce disque est horizontal au lieu d'être vertical; ce qui donne à l'ensemble l'aspect ovoïde. Derrière la papille et l'enveloppant dans les deux tiers de son pourtour, on constate un staphylome postérieur.

Taches de choroïde atrophique disséminées, de forme arrondie, d'aspect noirâtre, plus abondantes entre le segment interne de la papille. Le diamètre de ces vaisseaux augmente graduellement en s'éloignant, les vaisseaux sont entourés d'une gaine blanchâtre d'exsudat.

Atrophie de la papille.

Obs. V. — T... Léon, trente-neuf ans, vigneron. Le père a été épileptique. Chagrins domestiques. Perte d'enfant. Excès alcooliques. Quatre ans d'invasion.

Dilatation pupillaire inégale.

Œil droit. — Le corps vitré est légèrement floconneux. Quand le malade relève rapidement les yeux de bas en haut, on voit, par le simple éclairage oblique, monter et descendre une foule de corpuscules dans le corps vitré.

Vaisseaux choroïdiens très hyperémiés. Plaque de dégénérescence à la limite de l'*ora serrata*. La papille et la macula sont indemnes.

Il a été impossible, malgré notre vif désir, de renouveler l'examen, le malade étant très indocile, très méchant, accusant l'observateur de lui faire toute espèce de misères, de se joindre à ses ennemis pour lui brûler la vue.

Obs. VI. — H... Charles, quarante ans, officier de cavalerie. Pas d'antécédents héréditaires. Vie orageuse; joueur passionné. Trois mois d'invasion. Mort.

Les papilles sont inégalement dilatées. L'ouverture pupillaire droite est environ trois fois plus large que la gauche.

Œil droit. — Tous les vaisseaux, artères et veines, sont tortueux et même variqueux en certains endroits, notamment à la périphérie.

La papille est remarquablement déformée; elle figure un ovale dont le segment inférieur serait recouvert d'un nuage, qui n'est autre chose qu'un œdème péripapillaire très accentué.

Œil gauche. — Une solution plus forte d'atropine que la solution employée normalement, n'a pas dilaté la pupille.

Très forte congestion du fond de l'œil, nous avons entrevu la papille, qui nous a paru plus petite. Le manque de dilatation n'a pas permis de préciser davantage.

Obs. VII. — J... Anselme, quarante-deux ans, sous-officier de gendarmerie. Pas d'antécédents héréditaires. Excès de fatigues pendant la campagne de Chine, dix-huit mois d'invasion. Sorti par transfèrement dans l'asile de son département.

Dilatation pupillaire inégale.

Œil droit. — Fond de l'œil d'un rouge très vif, rougeur très accentuée de la papille. Circulation de retour notablement gênée, se traduisant par la turgescence des veines.

La papille est d'un rouge intense, violacée même en certains endroits, surtout à l'émergence des artères et veines centrales. Veines d'autant plus tortueuses qu'on s'éloigne de la papille.

Deuxième examen. — Hyperémie plus accentuée encore.

Œil gauche. — Engorgement des vaisseaux capillaires se traduisant par une coloration exagérée de la papille. Le contraste est d'autant plus frappant que le sujet a les yeux bleus et la choroïde très pâle.

OBS. VIII. — C... Pierre, quarante-trois ans, journalier. Pas d'antécédents héréditaires. S'adonnant à l'alcool; ivrognerie invétérée. Son premier enfant est mort à la suite de convulsions. Trois ans d'invasion.

Les pupilles sont inégalement dilatées.

Œil droit. — Les artères et veines centrales sont minces, déliées, finement distribuées, mais elles sont accompagnées de nuages exsudatifs.

Les capillaires sont à peine visibles.

Légère atrophie de la papille qui apparaît entourée d'un liséré pâle, nuageux.

Œil gauche. — Vaisseaux tortueux et gorgés de sang. Dépigmentation par places de la choroïde, à la limite de l'*ora serrata*. Papille très déformée, échancrée au bord interne.

OBS. IX. — M. . Philippe-Léon, restaurateur à Paris, quarante-quatre ans. Pas d'antécédents héréditaires. Se livrait à la boisson. Quatre ans d'invasion. Nombreuses poussées, congestions et accès épileptiformes. Mort.

Dilatation pupillaire inégale.

Œil droit. — Fond de l'œil fortement vascularisé. Hyperémie et développement des *vasa vorticosa*. Léger œdème rétinien péripapillaire.

Œil gauche. — Hyperémie intense du fond de l'œil.

Dilatation artérielle et veineuse considérable.

La branche inférieure de l'artère centrale est, au sortir de la papille, trois fois plus considérable qu'à l'origine.

Couleur gris sale de la papille. Léger œdème péripapillaire.

Obs. X. — G... Léon, trente-huit ans, cordonnier. Une tante maternelle a été traitée à l'établissement. — Délire triste. Presque pas d'idées ambitieuses. Myopie accentuée. Nombreux accès épileptiformes. 4 ans d'invasion.

Les pupilles sont inégalement dilatées.

Œil droit. — Vaisseaux de la choroïde hyperémiés. Un peu de dépigmentation par places.

Artère centrale plus volumineuse que la veine. Vasa vorticosa variqueux. Papille un peu déformée dans ses contours ; le fond en est grisâtre.

Atrophie très nette.

Œil gauche. — Les vaisseaux centraux son remarquablement tortueux, et surtout inégaux dans leur diamètre, suivant qu'ils s'éloignent de la papille ou s'en rapprochent. Un seul vaisseau est visible en bas et deux en haut.

L'indocilité du malade nous empêche de constater si en bas c'est l'artère ou la veine qui fait défaut.

Papille non déformée, mais très petite et d'un aspect blanc crayeux.

Obs. XI. — V... Alexandre, quarante-trois ans, capitaine d'artillerie. Syphilis ancienne incomplètement traitée. Excès vénériens. Pas d'antécédents héréditaires. Emmené par sa famille.

Dilatation pupillaire inégale.

Œil droit. — Hyperémie veineuse rétinienne considérable. Véritable ectasie ampullaire. L'artère centrale de la rétine offre, à son émergence, le double de volume qu'à l'état normal, et offre en outre des varicosités sur son trajet.

La papille est énorme, à contours mal définis, tranchant par son aspect crayeux sur le fond pourpre de l'œil.

Œil gauche. — Le malade, qui a été gravement atteint de syphilis, présente des synéchies antérieures.

Hyperémie considérable du fond de l'œil.

Circulation veineuse gênée au retour.

Papille déformée et atrophiée. Pouvoir visuel très affaibli.

Obs. XII. — B... Jean, quarante-six ans, cocher de grande maison. Pas d'antécédents héréditaires. Excès de travail. Très ambitieux. Amaurotique depuis l'invasion de la maladie, qui date de dix-huit mois. Pas de délire des grandeurs. Seulement de l'embarras de la parole, et des lésions du mouvement, de la sensibilité.

Dilatation pupillaire inégale.

Œil droit. — Grande difficulté pour obtenir la dilatation de la pupille avec la solution au 4 millième. Myosis exagéré. Vaisseaux hyperémiés.

Disposition rétiforme très remarquable des vaisseaux de la choroïde des vasa vorticosa.

Choroïdite atrophique compacte, devant laquelle on aperçoit la papille atrophiée et de couleur crayeuse.

Granulations serrées à la région de la macula.

Œil gauche. — Opacité commençante du cristallin. Atrésie pupillaire qui résiste à toute tentative.

Vue abolie dans les deux yeux.

Obs. XIII. — R... Louis-Pierre, négociant, quarante-deux ans. Le père du malade est mort jeune à la suite de congestions cérébrales nombreuses. Le malade, entre à l'asile porteur d'une tumeur dure, bosselée, de la grosseur du poing à la région sous-maxillaire droite. Trois ans d'invasion.

Pupilles inégalement dilatées.

Œil droit. — Phlébectasie rétinienne. Forte congestion de la couche chorio-pupillaire.

Léger cedème de la papille, qui paraît trouble dans la moitié intense de son disque.

Vaisseaux centraux à peines visibles.

Œil gauche. — Quelques corpuscules nageant dans le corps vitré. Les vaisseaux sont minces et ne peuvent être

vus qu'à leur émergence, étant accompagnés d'exsudats dans le cours de leur division.

Obs. XIV. — P... Charles, quarante ans, cafetier à Paris. Une sœur aliénée. Excès alcooliques. Trois ans et demi d'invasion. Mort à l'asile.

Dilatation inégale des ouvertures pupillaires.

Œil droit. — Au fond de l'œil, on n'aperçoit que les vaisseaux centraux, qui sont très développés et tortueux; ce n'est qu'en les suivant jusqu'à leur origine qu'on retrouve la papille. Celle-ci, sans ce procédé, serait invisible. En un mot, dans le cas particulier, c'est le point d'émergence des vaisseaux qui détermine le lieu de la papille; celle-ci est tellement petite, tellement atrophiée, qu'on peut à peine la distinguer. En faisant regarder le malade à l'infini, après plusieurs examens, on arrive à un petit point blanchâtre.

Ajoutons encore à cette atrophie si complète la présence d'un œdème rétinien et péripapillaire très accentué.

Œil gauche. — Vaisseaux très congestionnés. Atrophie de la papille, qui est un peu plus visible que sa congénère. On y remarque des échancrures à la face interne et un peu inférieure; des brouillards exsudatifs accompagnent les vaisseaux.

Œdème péripapillaire. Il a fallu dix examens ophthalmoscopiques pour arriver à préciser les altérations qui viennent d'être décrites.

Obs. XV. — Al... Philippe, quarante-quatre ans, garde-chasse. Habitudes de travail et de sobriété. Pas d'antécédents héréditaires. S'est aperçu qu'il tremblait en épaulant son fusil au bois, et que l'œil était moins sûr. Huit mois d'invasion. Délire triste. Emmené par sa famille.

Dilatation pupillaire inégale.

Œil droit. — Fond de l'œil très rouge. Choroïde saine. Etat congestif des vaisseaux de la rétine. Disposition réti-

culée des artères et veines centrales. Papille à contours indistincts, dans le segment interne, le pourtour est entouré d'exsudats.

. Le malade se plaint de l'affaiblissement notable de l'acuité visuelle depuis un an environ.

Œil gauche. — Congestion très forte du fond de l'œil. Papille déformée, atrophiée ; échancrures et couleur crayeuse. Les vaisseaux du bas sont enveloppés d'une gaine blanchâtre d'exsudats.

Obs. VXi. — M... Alexandre, quarante et un ans, négociant. Un oncle paternel a été traité dans un asile. Excès de toute sorte. Trois ans d'invasion. Dilatation pupillaire inégale.

Œil droit. — Le fond de l'œil est très pâle, exsangue ; les vaisseaux, à peine visibles, apparaissent ténus comme des cheveux. Commencement d'atrophie de la papille qui est ronde, plus petite que normalement, tranchant par sa couleur argentée sur le fond cependant blême de la choroïde.

Les artères et les veines, à peine visibles à leur émergence, deviennent tout à fait invisibles dans le reste de leur distribution.

Œil gauche — Anémie du fond de l'œil, mais moins prononcée qu'à droite. Papille normale de forme, mais crayeuse de couleur. Des traces d'exsudats autour des vaisseaux.

Obs. XVII — M... Léon, trente-six ans. Une fièvre typhoïde à l'âge de seize ans. Intelligence très affaiblie, même avant l'invasion de la maladie. Entré à l'asile depuis dix mois. Trois accès épileptiques. Dilatation pupillaire inégale, mais pas constamment ; tantôt la pupille gauche est plus dilatée, tantôt la droite.

Œil droit. — Le fond de l'œil est plus rouge que normalement, les artères et les veines sont flexueuses, la circulation de retour est notablement gênée.

La papille est d'un rouge très vif, presque aussi rouge que la choroïde dont elle ne se sépare pas nettement. En somme, coloration exagérée de la papille, dont les éléments nerveux sont vivement congestionnés.

Œil gauche. — Même observation que pour l'œil droit.

Obs. XVIII. — G... Jean, trente-cinq ans commis voyageur, très rangé. Habitudes de travail et d'économie. A souffert de la faim et du froid pendant le siège de Paris. Pas d'antécédents héréditaires, deux ans d'invasion.

Dilatation pupillaire inégale.

Œil droit. — Le fond de l'œil est rouge violacé. Forte congestion. Développement excessif des vasa vorticosa. Léger nuage exsudatif péripapillaire. Papille plus petite que normalement, mais à contours nets.

Œil gauche. — Hyperémie de la choroïde. Papille plus large que la droite, à diamètre horizontal prédominant. L'aspect de la papille est blanc grisâtre, signe de l'atrophie.

Obs. XIX. — D... François, trente-huit ans, garçon dans une maison publique. Syphilis antérieure et hémorrhagies. Excès vénériens et alcooliques. Pas d'antécédents héréditaires. Deux ans d'invasion; emmené par transièremement.

Pupilles inégalement dilatées.

Œil droit. — La papille droite préalablement dilatée offre des traces de synéchies antérieures et postérieures. Hyperémie veineuse et artérielle considérable du fond de l'œil. Congestion choroidienne très vive. La papille est mal délimitée, plus petite que normalement, à contours indécis. Œdème péripapillaire.

Œil gauche. — Atrésie de la papille. Taches de dépigmentation au pourtour de la gaine optique. Les artères se divisent dichotomiquement avant leur sortie de la papille. Papille d'un aspect blanc crayeux, atrophie.

Obs. XX. — C... Louis, manouvrier, quarante-deux ans,

rhumatisme goutteux, lésion de la mitrale. Habitudes de débauche, pas d'antécédents héréditaires ; deux ans d'invasion.

Les pupilles sont inégalement dilatées.

Œil droit. — Hyperémie très intense du fond de l'œil. Les vaisseaux sont tous, artères comme veines, flexueux. Obstacles sérieux à la circulation de retour. Œdème péri-papillaire.

Papille petite, à contours mal délimités et de couleur crayeuse.

Œil gauche. — Tous les vaisseaux sont également tortueux. La papille est normale de contours, mais sa couleur est foncée, plus rouge même que la choroïde.

Obs. XXI. — D... Pierre, quarante-deux ans, industriel, a fait toute espèce de métiers. Hémiplegie gauche il y a quatre ans ; pas d'antécédents héréditaires ; dix mois d'invasion.

Inégalité pupillaire.

Œil droit. — Fond de l'œil très congestionné ; hémorragie de la rétine dans la circonférence inférieure ; granulations jaunâtres au pourtour de l'ora-serrata.

Œil gauche. — Papille très déformée. Œdème papillaire et péri-papillaire ; vaisseaux très flexueux.

Obs. XXII. — L... Philippe, quarante-huit ans, instituteur, pas d'antécédents héréditaires, très sobre, très rangé avant la maladie ; devenu en très peu de temps obsène, délire des grandeurs très intense, six mois d'invasion.

La dilatation pupillaire est inégale.

Œil droit. — La papille droite près de quatre fois plus large que la gauche. Le fond de l'œil est d'un rouge violacé. Les veines sont remarquablement distendues et flexueuses depuis leur émergence jusqu'à leur terminaison.

La papille est d'un rouge lie de vin.

Œil gauche. — Un peu moins de congestion qu'à droite ;

la papille est petite, d'un gris sale. On constate un peu d'œdème papillaire. Les lésions sont évidemment plus anciennes que dans l'autre œil.

CONCLUSIONS.

Des observations qui viennent d'être décrites, et après la description des altérations les plus communes, on peut, en tenant compte :

De leurs caractères spéciaux,

De leur intensité,

Des métamorphoses qu'elles impriment à la circulation profonde de l'œil, à sa nutrition, à sa dégénérescence,

Arriver à assigner à la paralysie générale trois périodes bien distinctes.

Dans la première période, on observe toujours l'*inégalité pupillaire*; la *congestion papillaire* et la *dilatation variqueuse des veines et artères rétiniennes*.

Dans la deuxième période, les désordres sont plus avancés, c'est le règne de l'*œdème papillaire et péri-papillaire*. Le disque de la papille est voilé toujours, masqué souvent par des nuages exsudatifs dont l'épaisseur est directement proportionnelle à l'ancienneté de la maladie.

Dans la troisième période enfin, le processus morbide est arrivé à terminaison. La *papille est petite, plate, de couleur crayeuse*, les vaisseaux qui lui donnaient sa teinte rosée ont disparu, c'est l'**ATROPHIE DE LA PAPILLE**.

Si nous ajoutons à cette atrophie, l'*atrophie choroïdienne*, la présence d'hémorragies rétiniennes, la production de granulations petites ou volumineuses très réfringentes sur la rétine et la choroïde, nous aurons parcouru le cycle si étendu des altérations de la paralysie générale.

Archives cliniques

74

ASILE DE VAUCLUSE. — M. BIGOT, MÉDECIN EN CHEF.

**Un cas de mort par hémorrhagie cérébrale
dans le cours d'une paralysie générale**

Observation recueillie par M. le Dr CAMUSET, médecin adjoint.

SOMMAIRE. — Homme de soixante ans, ancien alcoolique, traité à l'asile depuis plus de deux ans pour une paralysie générale. — Attaque d'apoplexie, hémiplegie et hémianesthésie complètes consécutives. — Mort vingt-sept jours après. — Autopsie.

François S..., soixante ans, forgeron, entre à l'asile de Vaucluse le 14 février 1880, venant de Sainte-Anne avec le certificat médical suivant, signé Dr Magnan : « Paralysie » générale avec excitation passagère et idées incohérentes » de satisfaction, hésitation de la parole. » — En outre, un autre certificat médical, émanant de la préfecture de police et délivré à la même époque, signale de l'alcoolisme invétéré. Enfin, les notes mensuelles de ce malade, inscrites sur le registre de l'asile, portent toutes : Paralysie générale, alcoolisme ancien, congestions cérébrales épileptiformes.

Nous avons observé François S... pendant une année entière, durant laquelle son état est resté à peu près stationnaire. La maladie, chez lui, était caractérisée par l'inégalité des pupilles, le tremblement *sui generis* des lèvres et de la langue. Les mains aussi tremblaient. La parole était lente et saccadée. Les symptômes psychiques étaient de la démence, des idées incohérentes de satisfaction et enfin quelques impulsions agressives. Du reste, notre malade

pouvait encore s'occuper, il travaillait à l'atelier de serrurerie.

Le diagnostic n'était donc pas douteux : paralysie générale, antécédents alcooliques. (Cette seconde partie du diagnostic établie, non d'après les symptômes observés, mais d'après les renseignements recueillis.)

Le 24 juin 1882, S... a une attaque d'apoplexie. La période comateuse dure trente-six heures et laisse, après elle, une paralysie complète de tout le côté droit ; la langue est fortement déviée à droite. Il y a aussi insensibilité absolue de toutes les parties paralysées. — Bientôt une escharre se montre au sacrum ; le malade s'affaiblit très vite et il meurt le 24 juillet.

Autopsie. — Lésions ordinaires de la paralysie générale : méningite chronique, adhérences des méninges à la substance corticale, principalement au niveau des lobes frontaux. En ces points, on enlève, avec la méninge, une partie de la substance grise.

Cette substance est, du reste, partout ramollie. En outre l'hémisphère gauche renferme un énorme foyer hémorragique. Ce foyer intéresse la capsule externe et le noyau lenticulaire en avant. Il se dirige, de là, en arrière, en détruisant une bonne partie du noyau caudé, et enfin il désorganise complètement la partie postérieure de la capsule interne (carrefour sensitif de M. le professeur Charcot). Il ne pénètre pas dans le ventricule. Cette lésion explique donc, d'une façon classique, les symptômes de paralysie et d'anesthésie observés pendant la vie.

En plus des lésions qui caractérisent la démence paralytique, nous en trouvons d'autres qui semblent résulter de l'alcoolisme : surcharge graisseuse du cœur, plaques d'ossification sur la crosse de l'aorte et sur la base des valvules mitrales, état athéromateux des artères cérébrales.

L'examen histologique sur les pièces fraîches fait voir :
4° des cellules nerveuses dégénérées, granulo-graisseuses ;

2° une quantité exagérée de corpuscules de la névroglie ;
3° une prolifération nucléaire des parois vasculaires (ces modifications élémentaires dépendent du processus de la paralysie générale) ; et 4° beaucoup de petits vaisseaux ayant subi la dégénérescence granulo-graisseuse (cette dernière modification peut être rattachée à l'alcoolisme). Ainsi, sur un même vaisseau, la prolifération nucléaire cesse brusquement, et, à la place de cette surabondance de noyaux rougis par le carmin, on voit des amas de corpuscules à bords flocés et à centre très réfringent.

Réflexions. — L'intérêt de cette observation réside uniquement dans la rareté signalée des grandes hémorragies cérébrales dans la paralysie générale.

Les lésions, tant macroscopiques que microscopiques, trouvées à l'autopsie sont celles de la paralysie générale mélangées avec celles de l'alcoolisme chronique. S'il nous était permis de risquer une hypothèse, nous dirions ceci :

Les lésions vasculaires de la paralysie générale expliquent naturellement la rareté des hémorragies dans cette affection. Mais quand, à côté de ces lésions hyperplasiques des parois des vaisseaux, il existe, chez les paralytiques alcooliques, des lésions athéromateuses de ces mêmes parois, et c'est ce que nous avons vu chez notre sujet, on se rend parfaitement compte des exceptions à la règle qui veut que les déments paralytiques aient des congestions et non de fortes hémorragies.

75

MAISON NATIONALE DE CHARENTON. — M. J. CHRISTIAN.

Mal perforant du pied dans la paralysie générale.

Je n'avais jamais observé cette complication sur aucun des nombreux paralytiques qui m'ont passé sous les yeux, quand, dans le courant de l'année 1884, j'ai eu l'occasion d'en voir deux cas dans mon service.

Ce sont ces deux cas que je résume ici. Je crois que ce sont les premiers qui aient été publiés (1).

OBSERVATION I. — *Paralysie générale de cause inconnue. — Au début, violente agitation maniaque. — Mal perforant du pied. — Rémission.*

X..., négociant grec d'Athènes, quarante-huit ans, grand, brun, de forte constitution, entre le 17 octobre 1880 à la maison de Charenton, présentant tous les symptômes de l'excitation maniaque de la paralysie générale. Cette excitation ne diffère pas de celle que nous sommes habitués à voir. Mais M. X... présente un symptôme remarquable, — qui d'ordinaire n'apparaît qu'à la période ultime de la maladie, c'est un grincement de dents continu, dont le malade paraît n'avoir pas conscience. — Les premiers symptômes remontent à quelques semaines ; on a suspecté la syphilis, et un traitement spécifique énergique a été institué et poursuivi sans aucun résultat.

Il existe chez M. X... un mal perforant du pied, au gros orteil gauche ; ce mal, qui aurait débuté il y a deux ans (?), existe sur la face plantaire du gros orteil gauche, sous forme d'une ulcération irrégulière, à bords taillés à pic et épaissis, à fond grisâtre. Un stylet, introduit dans la plaie, pénètre jusque dans l'articulation et permet de constater que les surfaces articulaires sont rugueuses et dénudées. L'ulcère exhale une odeur infecte, mais il ne cause aucune douleur au malade qui, quoi qu'on puisse lui dire, ne reste pas tranquille un seul instant. On peut explorer la plaie de toutes les façons sans qu'il accuse aucune douleur ; l'insensibilité s'étend sur toute la face plantaire de l'orteil. Cette affection du pied fut traitée, selon les indications de M. le professeur Panas, par un pansement au styrax et camphre, avec lavage à l'alcool phéniqué.

(1) Ces observations ont été lues à la Société de médecine, et publiées dans *l'Union médicale* du 4 février 1882.

M. X..., se calma graduellement; au mois de mai 1884, sa famille put le retirer et le faire retourner en Grèce; il était en parfaite rémission. La plaie du pied était restée stationnaire; plusieurs esquilles s'étaient détachées, l'ulcère paraissait un peu diminué. J'ai appris depuis que le malade avait succombé, mais je n'ai rien pu savoir sur la dernière période de sa maladie.

OBSERVATION II. — *Paralysie générale au début. — Excitation maniaque. — Mal perforant du pied, double. — Rémission pendant quelques semaines. — Délire hypochondriaque, refus d'aliments. — Mort.*

Un jeune officier, âgé de trente et un ans, de bonne constitution, sans antécédent héréditaire, entre le... 18..., en proie à une agitation maniaque incoercible, avec les symptômes évidents de la paralysie générale.

La période d'agitation se prolongea durant plusieurs semaines; le calme ne revint qu'à la suite d'un accident fortuit. Une chute que fit M. X... détermina une entorse du pied droit qui força de le placer à l'infirmerie et de lui faire garder le lit. On put alors soumettre à un traitement méthodique un mal perforant qui existait au pied gauche lors de l'entrée du malade.

A la face plantaire du gros orteil gauche, on voit une ulcération circulaire, large comme une lentille, à bords découpés à pic; cette ulcération est peu profonde; un stylet, même très fin, ne pénètre pas jusqu'à l'os; du fond de la plaie émergent des bourgeons charnus qui saignent au moindre contact, et qu'il faut réprimer journellement au moyen de la pierre infernale. Sur le gros orteil du pied droit, le même mal avait existé en 1880; il avait guéri après un traitement de quelques mois. Le mal actuel reste à peu près stationnaire; il ne gagne ni en étendue ni en profondeur. Dans les premiers temps il y eut, à plusieurs reprises, — et chaque fois à la suite d'imprudences commises par le malade, — des poussées inflammatoires à la

face interne de la jambe et de la cuisse ; sur la cuisse notamment, il y a eu plusieurs fois un œdème inflammatoire avec rougeur érysipélateuse, qui cédait rapidement à des applications de teinture d'iode et au repos au lit. M. X... se plaignait de douleurs très vives dans la cuisse : douleurs rhumatismales, disait-il. Je les trouvais plutôt analogues aux douleurs fulgurantes des ataxiques. Jamais ni sucre ni albumine dans les urines.

Le mal perforant resta à peu près stationnaire ; l'état mental s'améliora rapidement et, vers le mois d'octobre, M. X... était en rémission. Toute idée délirante avait disparu ; seul l'embarras de la parole persistait avec l'inégalité des pupilles. L'intelligence était visiblement affaiblie ; on remarquait surtout cette puérilité et cette insouciance si caractéristiques chez les paralytiques en rémission.

Quoi qu'il en soit, M. X... allait aussi bien que possible, il réclamait sa sortie, et elle allait lui être accordée, quand, dès le mois de décembre, il devint triste, préoccupé, pleurant facilement. Bientôt apparut un véritable délire hypochondriaque, et il fallut recourir à l'alimentation forcée. Le marasme fit de rapides progrès et emporta le malade dans le courant de février. L'autopsie ne put être faite.

Réflexions. — Que le mal perforant soit une complication extrêmement rare de la paralysie générale, ce point me paraît acquis : je n'en connais d'autre exemple que les deux cas que je viens de rapporter. En faut-il conclure que ce n'est qu'une complication accidentelle, fortuite, ne se rattachant en rien à la maladie principale ? Cette opinion peut se soutenir.

Mais, d'un autre côté, il est généralement admis aujourd'hui que le mal perforant se rattache à une lésion plus ou moins étendue du système nerveux central ou périphérique, il est considéré comme un trouble trophique consécutif à cette lésion nerveuse.

C'est la théorie défendue par Duplay et Morat (*Arch. gén.*

de méd. 1873); c'est celle qu'adopte Lancereaux (*Traité d'anat. pathol.* II. p. 74, 1879), et des faits récents semblent la confirmer. Je me bornerai à citer les deux observations publiées par le Dr Hanot (n° de janv. 1884 des *Archives de physiologie*, p. 457); il s'agit d'un mal perforant chez des malades atteints d'ataxie locomotrice. Plus récemment, M. le professeur Ball a lu au Congrès médical de Londres un mémoire sur le mal perforant dans l'ataxie locomotrice, et il n'a pas hésité à le considérer comme dépendant d'un trouble trophique des nerfs. (Ball et Thibierge, *Arch. gén. de méd.*, n° de sept. 1884, p. 369.)

Faut-il, par analogie, admettre qu'il en est de même dans la paralysie générale? On sait combien, dans cette maladie, les troubles trophiques sont fréquents et variés. Le mal perforant serait donc une lésion trophique dépendant de la lésion nerveuse cérébro-spinale liée à la paralysie générale. C'est une question à étudier.

Il y a deux points encore sur lesquels je voudrais appeler l'attention: — 1° La paralysie générale n'a paru exercer aucune influence fâcheuse sur la marche du mal perforant.

2° Chez mes deux malades, il y a eu, après une crise aiguë très violente, une rémission complète. Le mal perforant a-t-il été pour quelque chose dans ce résultat? Cela me paraît probable. Presque toutes les rémissions de paralysie générale surviennent à la suite d'une suppuration prolongée: il me semble naturel de croire qu'ici le mal perforant a agi à la manière d'une plaie suppurante (4).

(4) Dans le n° du 28 juillet de la *Gazette hebdomadaire*, M. le Dr Morer, médecin-major de 2^e classe, publie une observation de mal perforant accompagnant l'ataxie locomotrice. Les hypothèses émises par M. Morer me semblent très plausibles; par contre, il critique vivement celle que j'ai exprimée moi-même au sujet de l'influence exercée par le mal perforant sur la marche de la paralysie générale. Je me bornerai à faire remarquer que je ne suis pas aussi affirmatif que paraît le croire mon honorable confrère; que cependant une expérience souvent répétée, et l'analogie, me font penser que mon opinion a quelques chances d'être exacte,

Médecine légale

RAPPORT

SUR

L'ÉTAT MENTAL DE LA NOMMÉE LOUISE V...

PRÉSENTÉ A M. LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR

Par MM. les D^{rs} LUNIER, FOVILLE & MAGNAN

La nommée Louise V..., dont il est ici question, a été récemment l'objet d'articles dans un journal politique (voir l'*Opinion*, n^{os} du 26 janvier et du 4^{or} février 1882). La séquestration a été représentée comme une atteinte portée sans motifs à la liberté individuelle et comme une preuve que les droits les plus élevés de l'humanité sont sacrifiés d'une manière complète, par la législation française, relative aux aliénés.

La lecture du rapport suivant permettra de reconnaître à quel degré ces accusations son fondées, et d'apprécier, en connaissance de cause, les mesures prises à l'égard de Mlle L. V...

MONSIEUR LE MINISTRE,

Conformément aux instructions contenues dans votre lettre du 12 janvier 1882, nous avons l'honneur de vous adresser le rapport suivant, relatif à l'état mental de la nommée Louise V..., âgée de vingt-sept ans, née dans la Mayenne, qui était récemment placée, comme aliénée

au compte du département de la Seine, dans l'asile de Bégard (Côtes-du-Nord); des doutes s'étant élevés dans l'esprit de M. le Dr Lemat, médecin de l'asile de Bégard, sur la réalité de la folie de cette fille, elle a été ramenée à l'asile Sainte-Anne et soumise à notre examen.

Dans tous les cas douteux d'aliénation mentale, la connaissance, aussi complète que possible, de l'histoire du sujet est une condition très utile pour éviter les erreurs; dans le cas actuel, cette condition devenait d'autant plus indispensable que nous n'avons pas tardé à savoir que Louise V... avait fait, antérieurement à son premier placement à Sainte-Anne, qui date du 13 août 1880, plusieurs séjours dans divers asiles d'aliénés de province.

Le dossier qui nous était communiqué étant muet sur ces séquestrations antérieures, nous avons dû reconstituer, par nous-mêmes, l'histoire de la malade.

Dans ce but, nous avons écrit aux différentes personnes dont ses récits nous faisaient apprendre successivement les noms et qui nous paraissaient en état de nous fournir des renseignements utiles; nous aurions voulu savoir, aussi, si cette fille n'avait pas subi quelque condamnation et, dans ce but, nous aurions désiré avoir l'extrait de son casier judiciaire.

Nous n'avons pas obtenu cette pièce (1), et plusieurs des personnes auxquelles nous avons écrit n'ont pas répondu à notre demande de renseignements; nous espérons, cependant, avoir réuni des documents assez nombreux et assez significatifs pour nous permettre d'arriver à des conclusions suffisamment explicites.

Louise V... est née à L..., le 28 septembre 1855; ses parents étaient cultivateurs, et pendant toute son enfance elle a travaillé avec eux dans les champs. Sa mère,

(1) Depuis le moment où ceci a été écrit, nous avons appris que Louise V... n'avait subi aucune condamnation.

à la suite d'une maladie dont nous ne connaissons pas la nature, serait restée incapable de s'occuper de son ménage et de l'éducation de ses enfants; aussi Louise fut-elle élevée par les soins de sa tante, une dame D..., qui n'a cessé de s'occuper d'elle et de lui porter le plus vif intérêt.

A l'âge de seize ans, elle a fait, dit-elle, une grave maladie, qu'elle qualifie de fièvre typhoïde, et qui aurait duré plusieurs mois. A la suite de cette maladie, ajoute-t-elle, elle se serait sentie toute changée, et depuis ce temps-là elle n'aurait plus jamais été complètement bien portante.

Elle reprit cependant ses occupations habituelles dans la famille, mais au bout d'un certain temps, elle s'affaissa; elle avait peur de tout, se sentait incapable de rien faire et aurait voulu passer tout son temps dans son lit. Après quelques mois, elle sortit de cette torpeur, mais pour tomber dans un excès opposé. Refusant de rester plus longtemps dans son pays, elle voulut partir pour venir se placer à Paris; elle se mit donc en route à pied; il est très douteux qu'elle fût seule.

A Argentan, dans le département de l'Orne, elle fut arrêtée pour vagabondage et rébellion contre les agents de l'autorité publique.

On était en juillet 1873; par conséquent, Louise n'avait pas encore dix-huit ans.

Dans la prison d'Argentan, elle exerce des violences et des voies de faits sur deux autres détenues, qu'elle voulait étrangler, nous a-t-elle dit elle-même; elle outrage par paroles le gardien chef et la surveillante; M. le Dr Morel, médecin de la prison, déclare qu'elle n'est pas idiote, mais qu'elle paraît atteinte d'une monomanie appelée nymphomanie, et que l'on ne peut lui attribuer l'entière responsabilité de ses actes. En conséquence, le juge de paix la fait transférer à l'asile des aliénés d'Alençon, où M. le Dr Védie, chargé de l'observer, rédige, sur son compte, le rapport suivant à la date du 10 septembre 1873 :

Nous soussigné, docteur en médecine de la Faculté de Paris, directeur-médecin de l'asile d'aliénés d'Alençon, après avoir examiné avec soin la nommée V..., Louise-Jeanne, placée à l'asile pour y être soumise à notre observation, en vertu d'un jugement du tribunal civil d'Argentan en date du 8 août 1873; après avoir pris connaissance de son dossier, avons constaté ce qui suit :

La nommée V... est une fille de dix-sept ans environ. Elle est d'une taille moyenne, d'une robuste constitution et d'un tempérament lymphatique-nerveux. Depuis l'âge de trois ans, elle a été recueillie chez sa tante, aubergiste à X... (Mayenne). Elle y a été élevée avec sollicitude. Mais, pour une nature comme la sienne, une auberge était un milieu dangereux. Aussi, quoiqu'elle ait reçu de bons principes, la prédominance de son tempérament et la faiblesse de son intelligence, la livrent-ils facilement aux plus mauvaises suggestions. De là des désordres de conduite et la folie dont elle est atteinte, et dont les notes suivantes, relevées sur le registre légal des entrées et de son observation médicale, indiquent le caractère.

1873 août. — V... au moment de son admission est dans un état d'agitation excessive — loquacité continue — mouvements désordonnés — propos grossiers et idées érotiques.

L'agitation persiste pendant quinze jours avec la même intensité.

26-10 août. — V... est atteinte de manie hystérique caractérisée par le désordre des idées et des sentiments, par des actes désordonnés qui révèlent la disposition de son esprit et de ses besoins instinctifs. Elle est dans un état d'agitation excessive que rien jusqu'à présent n'a pu calmer et, dans toute la force du terme, elle est atteinte de folie furieuse.

7 septembre. — Agitation continue avec exacerbation au moment de la visite quotidienne; propos les plus dégou-

tants et désirs vénériens exprimés avec la crudité la plus révoltante.

Depuis cette époque, la fille V... est restée très agitée. Cependant elle commence à avoir de temps en temps quelques courts instants de rémission. Mais un rien, l'approche d'un homme surtout, réveille son exaltation, son délire et, je dirai, sa fureur érotique. Elle semble alors dépourvue de tout sens moral; elle jette le trouble et le désordre dans son quartier et devient un objet de terreur et un danger pour ses compagnes et pour les sœurs qui la soignent.

Sa folie remonte évidemment à une époque antérieure à celle de son arrestation.

Quoique vraisemblables, on ne saurait ajouter foi aux faits qu'elle raconte et aux accusations qu'elle porte, car c'est un des caractères de la folie hystérique que celles qui en sont atteintes ne reculent ni devant le mensonge ni devant la calomnie pour atteindre un but que l'on ne s'explique pas toujours.

Nous ne saurions la considérer comme incurable; mais sa guérison, et surtout sa guérison radicale, nous paraît fort douteuse. En tout cas elle ne sera pas prochaine.

Nous concluons :

1° La fille V... est atteinte de folie hystérique (nymphomanie);

2° La maladie remonte à une époque antérieure à son arrestation;

3° Elle est dangereuse;

4° Il y a donc lieu de la maintenir dans un asile d'aliénés et de l'y faire soigner.

En foi de quoi j'ai rédigé le présent rapport.

Alençon, le 10 septembre 1872.

Le directeur-médecin,

Signé : VÉDIE.

A la suite de ce rapport, le maintien de Louise V... dans un asile d'aliénés fut ordonné, et comme elle avait son domicile de secours dans le département de la Mayenne, elle fut transférée le 15 décembre 1873 à l'asile de la Roche-Gandon. Le certificat de transfèrement la disait « atteinte de manie hystérique, caractérisée par des » idées érotiques très accentuées, des propos lascifs et » orduriers, une agitation parfois excessive, des actes » désordonnés et de l'insomnie. »

A l'asile de Mayenne, M. le Dr Bonnet, dans ses certificats de vingt-quatre heures et de quinzaine, la dépeint comme affectée de délire érotomaniac, très licencieuse, très ordurière et réclamant une surveillance assidue.

Cene fut qu'au mois d'avril 1874, que l'amélioration commença se manifester. Cependant, la tante de Louise la réclamait avec insistance et demandait à la reprendre chez elle. M. le Dr Bonnet, après avoir répondu d'abord que ces demandes étaient prématurées, trouva, au mois de juillet 1874, qu'elles pouvaient être agréées, par suite des progrès de l'amélioration. Il délivra le 17 un certificat constatant que Louise V... se trouvait actuellement dans un état mental assez favorable pour pouvoir être rendue à sa famille. La sortie eut lieu le 25, à très peu de chose près, par conséquent, un an après l'arrestation à Argentan.

Louise nous a raconté qu'après avoir passé quelque temps chez elle, ne pouvant plus reprendre l'habitude du travail des champs, elle aurait été pour se placer à Laval et qu'elle serait entrée comme domestique chez un médecin où elle serait restée plus d'un an.

Puis elle serait retombée dans un état de profond abattement, perdant la mémoire, n'étant plus capable de faire son service, ayant peur de tout et voulant toujours rester au lit. Elle essaya de changer de place, sans éprouver d'amélioration, et revint dans sa famille, où elle resta plusieurs mois dans un état voisin de l'abrutissement.

Quand elle en ressortit, ce fut pour aller de nouveau courir les aventures; elle part pour Laval, mais elle arrive à Rennes, en compagnie d'un soldat qu'elle quitte bientôt pour un autre homme. A la gare, à propos d'une malle égarée, elle se prend de querelle avec un sergent de ville et elle est arrêtée. Elle est conduite à la prison, puis à l'Hôtel-Dieu, où elle prétend qu'elle reste douze jours enfermée, à faire un tapage épouvantable.

Le 18 octobre 1876, M. le Dr Grandvallé, médecin de l'Hôtel-Dieu de Rennes, certifie « que la fille V... est atteinte de folie hystérique et qu'il y a urgence à l'admettre dans un établissement spécial, car on peut craindre qu'elle n'attente à sa propre existence, ou à celle des personnes qui l'entourent. »

Louise V... entre le 22 octobre à l'asile de Saint-Méen, à Rennes, où M. le Dr Laffitte délivre les deux certificats suivants :

Certificat de vingt-quatre heures : « La nommée V... me paraît atteinte de manie hystérique, caractérisée par une exaltation intermittente et des crises d'agitation qui se reproduisent à divers intervalles, laissant entre elles des périodes de calme pendant lesquelles la malade est beaucoup mieux, et sans reconnaître son état, répond avec lucidité et donne des renseignements sur sa famille, son pays, etc. »

Certificat de quinzaine : « La nommée V... est atteinte de manie hystérique caractérisée par des crises d'agitation se reproduisant très fréquemment, et par des périodes de calme pendant lesquelles la malade, tout en se montrant insolente et grossière, conserve la connaissance parfaite de ce qu'elle fait et de ce qu'elle est; peu de sommeil, appétit irrégulier, analgésie. »

Pour la seconde fois, Louise V... est rapatriée dans son département d'origine, et elle rentre le 22 novembre à l'asile de la Roche-Gandon.

On y constate le même désordre dans les actes que la première fois, avec prédominance érotique et impulsions irrésistibles.

Au mois de février, la scène change pendant quelques jours; elle est triste, refuse de manger sous prétexte qu'on empoisonne ses aliments. et commet une tentative de suicide.

Les mois suivants, elle recommence à présenter de très fréquentes alternatives de calme relatif et d'agitation incoercible.

Le 30 juin 1877, elle s'évade de l'asile et y est ramenée le 6 juillet; elle paraît plus calme, plus soumise les jours suivants.

Cependant la tante D... recommençait ses instances pour obtenir la mise en liberté de sa nièce; le 11 juillet, le Dr Henri Bonnet adresse au préfet un rapport détaillé où il fait le tableau de toutes les extravagances de la malade, et du caractère particulièrement crapuleux de ses impulsions morbides. Il ajoute que, pendant les périodes d'accalmie, elle peut paraître très lucide; mais que cette lucidité est plus apparente que réelle et qu'il y a lieu de se tenir en garde contre l'esprit de dissimulation très développé chez elle.

Cependant le calme se confirme, la tante continue à réclamer et le 18 août Louise V... sort de l'asile, à la suite d'un certificat médical où il est dit qu'elle est actuellement dans un état de calme relatif qui peut permettre, devant les instances de sa famille, de la remettre en liberté, mais que l'administration doit décliner toute responsabilité pour l'avenir. Il n'y avait pas tout à fait un an qu'elle était partie de chez elle pour aller se faire arrêter à Rennes.

De 1877 à 1880, nous ne connaissons pas les détails de l'existence de Louise V..., mais nous savons qu'elle a vécu tantôt à Alençon, tantôt à Paris.

Etant dans cette dernière ville, au service d'une marchande de journaux, elle aurait présenté, dit-elle, au printemps de 1880, une nouvelle période de dépression, caractérisée, comme les précédentes et pendant plusieurs mois par des craintes sans motifs, une inaptitude presque absolue pour le travail et un besoin continuel de dormir. Au mois d'août nous la retrouvons aux prises avec la police. Elle est exaltée, querelle les sergents de ville, outrage un commissaire de police, est placée à Saint-Lazare, en ressort presque aussitôt pour être arrêtée de nouveau et finit par être reconnue aliénée.

Le dossier contenant la série des certificats des Drs Garnier, Magnan et Billod, délivrés au Dépôt de la préfecture, à Sainte-Anne et à l'asile de Vaucluse, nous considérons inutile de les reproduire dans ce rapport; nous ferons seulement remarquer qu'ils concordent parfaitement, pour la description des symptômes d'agitation et de violence, avec ceux délivrés par les médecins des asiles d'Alençon, de Rennes, de la Roche-Gandon.

M. Dr Bigot, nommé directeur médecin de l'asile de Vaucluse au 1^{er} janvier 1881, nous a fourni en outre, sur le compte de Louise V... des renseignements détaillés, que nous résumons. Elle était en proie à une excitation maniaque à mauvais instincts, où l'on trouvait des propos violents et surtout orduriers, des provocations avec les hommes, des idées de mal faire de toute façon. Placée en cellule, elle brisait tout, meubles, effets, camisole; le lendemain, elle travaillait on ne peut mieux à la buanderie, puis, sans motif connu, elle s'agitait de nouveau, au point le plus extrême, menaçait, frappait, se mettait toute nue, « Elle semblait se posséder, ajoute M. Bigot, quand elle avait » un intérêt immédiat à le faire et se faisait alors aussi câline que possible. Mais, à la première demande impossible » qu'on était obligé de lui refuser, elle s'emportait et se servait d'un vocabulaire de prostituée en délire; elle écumait

» de rage; elle déchirait ses vêtements, restait nue une
» journée et cassait réellement tout ce qui était cassable;
» elle se roulait avec plaisir dans ses excréments; elle en
» beurrerait les murs, elle en jetait à la face des internes
» quand elle ne les provoquait pas en termes impossibles à
» écrire. Dans un de ses moments de quasi-lucidité caline,
» elle avait appelé un ouvrier et lui avait semblé assez raisonnable pour en obtenir des allumettes; elle s'en servit
» pour mettre le feu à sa chemise et au siège de sa cellule.
» Etouffée par la fumée, elle appela au secours. »

Louise V... fut transférée à l'asile de Bégard, et là elle continua à être une des malades les plus désordonnées et les plus dangereuses, par sa ruse et par sa violence, que l'on puisse avoir à soigner dans un établissement d'aliénés. Jusque-là, jamais aucun doute sur la réalité de sa folie n'avait surgi dans l'esprit d'aucun des nombreux médecins qui, dans maints endroits différents, avaient eu à la juger. Cependant M. le Dr Lemat qui, à la suite du décès de M. le Dr Savidan, venait d'être nommé médecin en chef de l'asile de Bégard, sans être encore, c'est lui qui le dit, familiarisé avec la pratique des maladies mentales, ne partagea pas cette opinion.

Là où MM. les Drs Morel, Védie, Bonnet, Grandvallé, Laffitte, Garnier, Magnan, Billod, Bigot, avaient reconnu l'existence de la folie, M. le Dr Lemat qui, il faut le reconnaître, n'avait, pour se guider, connaissance d'aucun des antécédents de Louise V..., crut qu'il n'y avait que méchanceté volontaire, perversité responsable. Dès le mois d'avril, il déclara, dans ses notes mensuelles : « Je pense
» que cette fille serait mieux placée dans une maison de
» correction que dans un asile d'aliénés, car je mets en
» doute sa folie. »

Les mois suivants, Louise V... continue à être indomptable; son vocabulaire est abject, éhonté; elle cherche à frapper et à mordre les sœurs; elle brise tous les moyens

de contention dont on l'entoure; elle fait enfin, pendant la nuit du 20 août, une tentative désespérée d'évasion qui échoue. — En octobre, un changement à vue se produit; elle devient tout à coup polie, réservée, timide et honnête. On remarquera qu'il y avait un peu plus d'un an qu'elle avait été arrêtée à Paris.

M. Lemat continuait à penser que rien dans l'état de Louise V... n'indiquait la folie; et il rejetait, notamment, l'idée que l'amélioration subite d'octobre pût être une remission dans quelque forme d'aliénation mentale que ce soit.

Cependant, malgré la netteté de son opinion, il ne provoquait pas la sortie de Louise V... de l'asile.

Sur ces entrefaites, M. Pélicier, inspecteur général des établissements de bienfaisance, visita l'asile de Begard, et fut mis au courant des scrupules de M. le Dr Lemat. Il vous adressa aussitôt, monsieur le Ministre, un rapport spécial concluant au transfert de Louise V... à Sainte-Anne, afin qu'elle fût soumise, de nouveau, à l'examen de médecins spécialistes compétents. Le transfert eut lieu le 21 décembre 1884.

Depuis sa réintégration à Sainte-Anne, Louise V... n'a présenté ni grande agitation, ni dépression profonde; elle est habituellement calme, serviable, laborieuse; elle comprend facilement toutes les questions qu'on lui adresse, et elle y répond avec lucidité; elle a en partie conscience des accès de folie dont elle a été affectée, et cependant elle a la prétention d'expliquer d'une manière logique les faits extravagants qu'elle a commis; elle parait croire, et en tout cas, elle veut faire croire aux autres que tout ce qu'elle a fait, elle l'a fait parce qu'elle le voulait bien, et qu'il eût dépendu d'elle de ne pas le faire. C'est là, évidemment, une interprétation erronée; on ne saurait nier que le désordre excessif de ses actes, pendant ces différentes séquestrations, n'ait été, en grande partie du moins,

le résultat d'impulsions morbides, involontaires et irrésistibles.

Même actuellement que son état est aussi satisfaisant qu'il paraît pouvoir jamais l'être, l'équilibre de ses déterminations est encore bien instable; depuis son retour à Sainte-Anne, il lui est arrivé, pour les motifs les plus futiles, un jour de casser un carreau, un autre jour de donner un soufflet à une malade; par contre, une autre fois elle a passé plusieurs heures dans un état de tristesse au quel on n'a pu assigner aucune cause.

Conclusions.

Les détails qui précèdent nous permettront d'être très brefs dans nos appréciations; les faits parlent assez d'eux-mêmes; dès 1873, la justice considérait Louise V... comme une aliénée irresponsable.

Il n'est pas douteux qu'elle n'ait été, à plusieurs reprises, depuis neuf ans au moins, affectée de folie. Ses accès présentent beaucoup des caractères des folies héréditaires: prédominance du désordre des actes et des impulsions instinctives sur le délire purement intellectuel; dispositions hystériques, alternance de périodes de dépression mélancolique, de périodes d'exaltation maniaque et de rémissions plus ou moins complètes. La régularité avec laquelle ces périodes alternent entre elles permettrait, si nous pouvions nous prononcer nettement sur les phases de dépression, sans autre témoignage que le sien propre, de la ranger parmi les malades affectées de folie à double forme.

Louise V... est, actuellement, dans une période de rémission, au moins relative. L'expérience du passé ne permet pas, malheureusement, d'espérer que ce soit là une guérison définitive; il y a tout lieu de craindre, au contraire, que, dans un avenir plus ou moins prochain, elle

ne présente de nouveau la série de symptômes qui se sont déjà succédé chez elle au moins à trois reprises.

Son état actuel d'amélioration est trop instable pour qu'il fût prudent de la remettre en liberté, si elle devait vivre seule, exposée à tous les dangereux entraînements de l'existence parisienne. Elle paraît le sentir elle-même ; elle nous a dit que son désir serait de retourner dans sa famille, auprès de sa mère, et elle nous a assuré que celle-ci était toute disposée à la recevoir.

S'il en est ainsi, on peut considérer que le moment est arrivé où Louise V... pourrait obtenir sa sortie de l'asile Sainte-Anne.

Il serait prudent de conseiller à sa famille et aux autorités locales de faire des démarches pour obtenir sa réintégration dans l'asile de son département, dès qu'elle donnera les premiers indices d'une rechute, afin d'éviter qu'elle ne commette de nouvelles fugues dans le genre de celles qui ont signalé l'explosion de chacun de ses accès de manie.

Paris, le 22 février 1882.

Louise V... a été mise en liberté le 27 mars 1882 et elle est retournée dans la commune du département de la Mayenne où sa famille réside actuellement.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 22 MAI 1882

Présidence de M. DALLY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

Lecture d'une lettre de M. RITTI qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

M. BILLON fait hommage à la Société médico-psychologique de deux volumes qu'il vient de terminer sur l'aliénation mentale. Ces deux volumes contiennent, outre les travaux de l'auteur sur la pellagre, les divers travaux qu'à différentes époques il a publiés dans les *Annales médico-psychologiques*.

M. CHARPENTIER dépose sur le bureau, au nom de M. Paul Moreau de (Tours), un volume intitulé : *De l'homicide commis par les enfants*. L'auteur examine la part qui revient dans les nombreux cas qu'il cite, soit à la nature morale, soit à la nature physique de l'enfant. Au point de vue de la nature morale, il envisage successivement l'hérédité, le caractère, l'éducation, les passions, la colère, la frayeur, l'imitation, la lycanthropie; au point de vue de la nature physique, il tient compte de la puberté, de la morbidité, des impulsions, de l'hystérie, de l'épilepsie, des hallucinations, de l'imbécillité, de la surdi-mutité, des intoxications (alcoolisme, solanées vireuses), des traumatismes, de l'onanisme, des maladies générales, du rachitisme.

C'est en faisant intervenir ces différents facteurs que M. Paul Moreau trouve une explication scientifique satisfaisante des crimes commis par les enfants. Esprit ouvert et accessible aux théories nouvelles, l'écrivain ne se laisse pourtant pas entraîner sur les pentes dangereuses, et dans

le chapitre sur l'anatomie pathologique, il se montre très circonspect quant aux déductions à tirer de la présence fréquente d'une circonvolution supplémentaire chez certains criminels au point de vue de la localisation du meurtre. Dans un dernier chapitre, consacré à la législation qui arme la société contre ces précoces assassins, l'auteur la trouve insuffisante puisque, condamnés à une simple détention déterminée par le jury, elle les rend à la liberté à l'expiration de leur internement. Ce livre, gros de deux cents pages, riche de documents, écrit dans un style facile, sera très utilement consulté par les esprits curieux d'étudier cette question.

M. LEGRAND DU SAULLE. — Je regrette que le livre de M. Paul Moreau ne contienne qu'un petit nombre relativement de faits récents. J'aurais pu pour ma part lui en communiquer un certain nombre; car, chose digne de remarque, les vieux criminels ou les criminels d'un certain âge sont plus rares; la criminalité se déplace pour ainsi dire, le criminel devient extrêmement jeune; c'est surtout de quinze à vingt ans que les homicides sont commis.

M. DALLY invite M. Legrand du Saulle à communiquer à la Société les faits intéressants dont il parle.

M. LEGRAND DU SAULLE les communiquera très volontiers dans le cas où la discussion s'ouvrirait dans une séance sur ce sujet.

M. LEGRAND DU SAULLE annonce que, dans une de ses dernières séances, le conseil municipal de Paris a voté la somme de 4,589 francs pour le piédestal de la statue de Pinel, sur le rapport du Dr Dubois, conseiller rapporteur.

M. BROCHIN dépose sur le bureau un article extrait du Dictionnaire encyclopédique et qui est intitulé : Orphelinats. Dans cet article, M. Brochin a insisté sur les enfants abandonnés et surtout sur les enfants moralement abandonnés; c'est à ce titre que M. Brochin a pensé que la Société médico-psychologique pourrait prendre intérêt à la lecture de son travail.

M. MOTET donne des nouvelles rassurantes sur la santé du Dr Gray, ainsi qu'il résulte d'une lettre qu'il a reçue de notre confrère, qui exprime combien il a été touché des témoignages de sympathie qui lui ont été adressés de la part de la Société médico-psychologique.

Rapport de candidature.

M. CHRISTIAN. — Messieurs, vous m'avez chargé, au nom d'une commission composée de MM. Lunier, Foville et moi, de vous faire un rapport sur la candidature au titre de membre correspondant, de M. le Dr Albert Giraud.

Nulle tâche ne pouvait m'être plus agréable; je connais personnellement M. Giraud et j'ai pu apprécier les qualités de cœur et d'esprit qui le distinguent. Rien ne me sera plus facile que de vous montrer qu'il a les meilleurs titres à faire valoir à l'appui de sa demande.

Parmi les travaux que M. Giraud vous a adressés, je signalerai d'abord sa thèse inaugurale, soutenue en 1872 devant la Faculté de Paris, et dont le sujet est le *Délire dans le rhumatisme articulaire aigu*. A cette question difficile et encore aujourd'hui entourée d'obscurités, M. Giraud a consacré une centaine de pages, où sont recueillies et résumées un très grand nombre d'observations éparses dans la science. De l'étude approfondie à laquelle il s'est livré, l'auteur arrive à cette conclusion, qu'il n'existe pas de folie spéciale, à laquelle on puisse donner le nom de *folie rhumatismale*; et que, dans la plupart des cas où la folie a succédé au rhumatisme, celui-ci paraît n'avoir joué que le rôle de simple cause déterminante, au même titre que d'autres affections aiguës, la pneumonie par exemple. Cette opinion me paraît la plus probable.

Dans un mémoire publié en 1879, M. Giraud étudie la *mélancolie dans ses rapports avec la paralysie générale*. Après avoir rappelé que, dès 1826, Calmeil signalait le délire mélancolique chez les paralytiques, l'auteur montre également, — et en opposition avec les idées qui ont régné assez longtemps, — que ce délire n'offre rien de spécial, que tantôt il affecte la forme de la mélancolie simple, tantôt celle de la mélancolie hallucinatoire, ou hypochondriaque. — Peut-être, notre confrère est-il à cet égard un peu trop absolu. Je regrette qu'il n'ait pas étudié ce délire mélancolique au point de vue du pronostic. Il m'a semblé que, chaque fois que, chez un paralytique, le délire prend la forme mélancolique, c'est d'un pronostic fâcheux et presque toujours le signe avant-coureur d'une terminaison fatale prochaine.

Je pourrais vous signaler encore, parmi les travaux de

M. Giraud, la relation fort intéressante d'un cas de médecine légale qu'il a eu à examiner à Nancy de concert avec le professeur Lallement, et dans lequel il a fallu aux experts une grande sagacité et des recherches délicates, pour résoudre le problème que leur avaient posé les magistrats. Mais c'est là un sujet qui s'éloigne de nos études habituelles, et je me bornerai à vous rappeler que c'est notre confrère qui, depuis plusieurs mois, rédige dans les *Annales médico-psychologiques* les revues de médecine légale si intéressantes et si sagement pensées, que certainement vous avez tous lues.

Vous voyez, Messieurs, que les titres scientifiques de M. Giraud sont sérieux. Après avoir été médecin adjoint de l'asile de Quatremares, puis médecin en chef de celui de Bordeaux, M. Giraud occupé, depuis plusieurs années, la place de directeur-médecin de l'asile de Fains. Pour marcher dignement dans la carrière qu'il a choisie, il n'a eu qu'à s'inspirer des exemples paternels. M. Giraud est le fils de l'ancien directeur de Maréville, un de nos vétérans, qu'une mort soudaine a enlevé, il y a à peine un an : vous veniez de lui donner le titre de membre correspondant. Ce titre, vous le donnerez également au fils, vous vous adjoindrez un confrère laborieux et méritant, dont le passé vous est un sûr garant de l'avenir.

Après lecture et mise aux voix, M. le D^r Giraud est nommé à l'unanimité membre correspondant de la Société médico-psychologique.

Présentation de cerveaux conservés.

M. Luys présente des pièces pathologiques, intéressantes surtout par les procédés de conservation et de décoration du cerveau, employés par M. le D^r Girma, ancien interne à Charenton.

Après durcissement par le bichromate d'ammoniaque, la glycérine et l'acide phénique, ces cerveaux ont été recouverts d'un dépôt de poudre métallique en cuirasse, diversement colorée suivant les différents lobes du cerveau, de manière à représenter plus nettement la topographie de ces différentes régions. Ce procédé ne doit pas être confondu avec la galvanoplastie de M. Oré. En comparaison de ces cerveaux ainsi durcis, M. Luys montre des cerveaux durcis et colorés par ses anciens procédés ; ces cerveaux

ont perdu les caractères de volumes par suite de recroquevillement de la substance ; de plus, de petits détails n'y peuvent être conservés ; l'importance qu'il y a dans la conservation de cerveaux pathologiques est amplement démontrée par l'examen d'une de ces pièces pathologiques, recueillie sur un paralytique général, et qui montre à la superficie des circonvolutions frontales de petites granulations miliaires, analogues comme aspect à celles que l'on retrouve sur les parois des ventricules, granulations qui sont constituées par des nodosités du tissu conjonctif interstitiel, visibles par suite de la perte de substance nerveuse ; c'est la névroglie proliférante progressant sous forme de petits points isolés, sous forme de sentinelles avancées, puis plus tard se groupant sous forme d'îlots. A l'appui de l'utilité de conservation de ces pièces, M. Luys montre un cerveau volumineux d'idiot, conservé et coloré par le même procédé depuis dix-huit mois. Cette idiote ne parlait pas et elle est morte à vingt et un ans. Sur son cerveau, on voit nettement la troisième circonvolution frontale gauche qui, au lieu de s'anastomoser avec la frontale ascendante, se redresse en haut et en arrière pour se perdre dans la deuxième frontale.

Observation d'aphasie avec hémiplégié gauche.

M. DALLY. — J'ai eu l'occasion de voir un homme de cinquante ans qui, il y a deux ans, tomba frappé d'apoplexie ; les jours suivants, il présentait de l'hémiplégié à gauche et de l'aphasie ; il n'était pas agraphique ; mais quand on lui dictait une phrase, il écrivait d'autres mots que ceux de la phrase dictée. Deux ans après, il ne conservait plus qu'un peu de raideur du membre inférieur gauche, les facultés paraissaient être revenues, à part un peu de fatigue cérébrale, de lenteur dans la conception, mais ces légers troubles ne pouvaient être appréciés que par ses proches ; il pouvait écrire, parler et lire, mais il ne pouvait épeler les mots qu'il lisait, prononçait, ou écrivait ; il y avait donc encore un trouble que l'on pourrait appeler de l'épellation et qui fait songer combien sont nombreuses les conditions du langage, cet acte complexe qui implique la convergence de plusieurs facultés vers un acte final. Etant données l'hémiplégié gauche et l'aphasie chez notre malade qui était gaucher, on peut supposer que la lésion a dû siéger dans l'hémiphère droit,

fait qui viendrait infirmer la localisation absolue du langage dans le lobe cérébral gauche.

M. MESNÉ rappelle qu'il a présenté autrefois à la Société médico-psychologique un aphasique avec hémiplegie gauche et conservation de l'écriture; il rappelle qu'il a observé un autre malade qui resta ainsi sept mois et guérit subitement pendant un accès de colère.

M. DELASIAUVE a toujours constaté la conservation de la parole dans les cas d'hémiplegie gauche.

M. VOISIN rappelle, à propos de guérison d'aphasie, un aphasique hémiplegique qui recouvra l'usage des mots en se faisant lire pendant six mois un vocabulaire par sa fille.

De l'idiotie.

M. AUGUSTE VOISIN. — M. le Dr Bateman, correspondant de la Société médico-psychologique, m'a prié de présenter à la Société un opuscule qu'il vient de faire paraître sur les idiots, sur leur place dans la création et les soins qu'ils exigent.

Notre savant collaborateur est médecin consultant de l'asile d'idiots du comté Est, et, partant, il a acquis une autorité méritée dans ces questions hospitalières.

La plus fréquente cause d'idiotie est l'alcoolisme des ascendants, et ce dans la proportion de 30 à 40 p. 100.

La pathogénie et la nature de l'idiotie constituent la partie la plus importante du travail de M. Bateman.

Voici les principales propositions qu'il développe avec talent :

Il n'existe pas de relation constante entre le développement du crâne et le degré de l'intelligence.

Les dimensions de la partie antérieure de la tête sont aussi grandes chez l'idiot que chez les autres enfants.

Les trois cinquièmes des idiots ont la tête plus forte que les individus d'une intelligence ordinaire. Il n'y a pas de relation constante entre le degré de l'intelligence et le poids du cerveau.

Quelquefois le cerveau de l'idiot ne présente aucune modification de forme, de couleur et de densité, et il est en fait absolument normal.

Notre confrère, part de ces conclusions pour combattre les tendances matérialistes actuelles, et il s'efforce de mon-

trer que l'étude de l'idiotie conduit à prouver l'extravagance des dogmes de l'école matérialiste et le bien fondé de la doctrine dualiste de l'âme et de la matière.

Le travail de M. Bateman renferme un aperçu intéressant sur les efforts que l'on fait, dans l'asile d'idiots du comté de l'Est, pour améliorer le sort de ces deshérités et développer leur intelligence.

M. Voisin déclare à ce sujet que, pour sa part, il a constamment trouvé des lésions dans l'idiotie, mais que souvent pour les trouver il a été obligé de les chercher, invisibles qu'elles étaient au simple aspect macroscopique.

M. Voisin fait passer sous les yeux de la Société des planches représentant les lésions qu'il a constatées dans l'idiotie, lésions plus ou moins accentuées :

1° Un cas d'agénésie du lobe temporal, remplacé par une membrane épaissie;

2° Des cerveaux d'enfants qui n'ont commencé à parler qu'à l'âge de trois à cinq ans; on constate nettement que les circonvolutions frontales ascendantes et premières pariétales sont rectilignes sans plis secondaires et rappellent l'état fœtal des circonvolutions au sixième mois de la vie intra-utérine. On peut interpréter ces cas comme des arrêts de développement des circonvolutions;

3° Des cerveaux d'idiots présentant des méningo-encéphalites partielles avec lésions atrophiques de circonvolutions correspondantes; il s'agit ici, contrairement aux cas précédents, de lésions acquises après la naissance;

4° Des photographies de coupes microscopiques, recueillies sur le cerveau d'un idiot, cerveau que M. Voisin a présenté à la Société d'anthropologie. Ce cerveau était petit sans être celui d'un microcéphale; la lésion a consisté en ce que les cellules de la substance grise sont restées sous l'aspect qu'elles présentent au septième ou huitième mois de la vie intra-utérine. Ici, c'est un arrêt de développement des cellules de la substance grise et il a fallu l'investigation microscopique pour décèler la lésion qui ne se révélait pas au premier aspect.

M. DELASIAUVE, en outre des lésions dont vient de parler M. Voisin, a souvent constaté l'hypertrophie, l'hydrocéphalie, l'absence d'organes importants, comme le corps calleux, chez des idiots.

Du divorce et de l'aliénation mentale (suite).

M. AUG. VOISIN s'excuse de ne pas prendre la parole sur le divorce et la folie, prévenu trop tard qu'il a été de la séance fixée une semaine plus tôt.

M. DELASIAUVE. — Une grave question s'agite à la Chambre des députés : celle du divorce. L'aliénation mentale, dans des conditions données, peut-elle figurer parmi les causes ? Admise d'abord par la commission, elle en a été exclue sur l'avis d'une expertise médicale. Il appartenait à la Société médico-psychologique d'intervenir à ce sujet. Notre affectionné président, M. Dally, en a pris l'initiative à la fin de notre dernière séance. N'ayant pu l'entendre, je ne saurais que présumer l'opinion à laquelle il s'est arrêté. Inscrit pour aujourd'hui, mais ne se trouvant pas suffisamment préparé, M. Auguste Voisin nous demande d'ajourner sa communication. Je me propose moi-même de présenter quelques remarques que j'ai cru devoir adresser, en substance, à la commission du divorce. Mais, auparavant j'aurais voulu connaître la thèse soutenue par M. Dally qui, selon toute vraisemblance, admet des tempéraments légitimes.

En bloc, que pense de son côté M. Auguste Voisin?... Il hésite, il tient provisoirement à rester énigmatique. Sa réponse, du moins, laisse entrevoir que son but est de rapporter une série de cures tardives et en quelque sorte inopinées, semblant ainsi donner par anticipation son adhésion au système de M. Blanche. Je regrette qu'il ne soit pas plus explicite.

Quant à moi, j'avoue ne goûter que médiocrement les arguments que nos confrères ont fait prévaloir. La curabilité n'est qu'une partie du problème et, peut-être, la moins importante. Une fois, à tort, sur cinquante, eût-on préjugé l'incurabilité, serait-ce précisément sur ce fait exceptionnel que tomberait la demande du divorce ? L'imagination est un prisme grossissant et décevant. Le fantôme s'évanouit dès qu'on l'approche.

Puis, il n'y a pas que des incohérents et des gâteux. Arrière les théories vaporeuses, qui prêtent à la phraséologie ! Ce sont les faits eux-mêmes qu'il faut étreindre, rapprocher, comparer, et dont une analyse calme, sévère, exempte de parti pris, doit dégager les éléments d'une démonstration rigoureuse.

En voici un par exemple: un marié, en proie à un accès de folie furieuse, immole son beau-père au milieu même de la fête matrimoniale. Laissez-vous l'épouse éternellement accolée à l'assassin de son père, quitte à subir elle-même un pareil sort?

Un malade, enfermé à Bicêtre, éprouve mensuellement des agitations maniaques qui durent cinq à six jours, et motivent l'encellulement. Quatorze mois se passent dans un calme relatif. Leuret signe sa sortie. Il nous revient à bref délai, ayant tué sa femme dans un accès de jalousie féroce.

Quels dangers ne font pas courir les épileptiques! Une noce se présente à la mairie. Le magistrat, qui doit célébrer le mariage, fait passer les parents à son cabinet, et leur communique une lettre anonyme l'avertissant que le futur est sujet à des crises convulsives. On croit à la malveillance. L'union s'accomplit et, en plein bal, l'infortuné mari tombe à la stupéfaction des danseurs. Conduit dans un cabinet à côté, il se remet et rentre. A peine une heure écoulée, le triste spectacle se renouvelle. On m'appelle le lendemain en consultation. Je ne pus, déplorant une loi adverse, que prescrire un traitement et conseiller l'ajournement de la cohabitation. Baroche était alors, sous l'empire, ministre de la justice. Un des parents le connaissait intimement. Occasion naturelle de lui signaler ce cas d'annulation. La démarche n'aboutit pas. Quinze jours après, le mari usait de ses droits. J'ai su qu'il était mort prématurément, laissant veuve sa femme avec deux enfants.

Combien, aliénistes, n'aurions-nous pas, chacun, de semblables calamités à produire et autrement éloquantes que les périodes les mieux arrondies?

La séance est levée à six heures.

— D^r CHARPENTIER.

SÉANCE DU 26 JUIN 1882

Présidence de M. DALLY.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société la mort d'un de ses membres correspondants, le D^r Lagardelle, médecin en chef de l'asile de Bordeaux, et chargé de cours des maladies mentales à la Faculté de médecine de cette ville.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le professeur Azam, de Bordeaux, remerciant la Société pour la récompense qui lui a été décernée à l'occasion du concours du prix Aubanel ;

2° Une lettre de M. Gérente, interne des asiles de la Seine, témoignant sa gratitude d'avoir reçu le prix Esquirol ;

3° Une lettre de M. le Dr Giraud, remerciant la Société de l'avoir nommé membre correspondant.

La correspondance imprimée se compose :

1° Du numéro de mai 1882 de l'*Art dentaire* ;

2° Des numéros de mai et juin 1882 du *Bollettino del manicomio privato Fleurent* ;

3° D'un rapport de M. Durand-Fardel, intitulé : *Observations sur la circulaire de M. le préfet de la Seine, en date du 26 janvier 1882, concernant la déclaration et l'inhumation des fœtus, ainsi que des embryons de moins de quatre mois.*

M. A. VOISIN dépose sur le bureau deux brochures, intitulées :

1° *Aperçu sur les règles de l'éducation et l'instruction des idiots et des arriérés* ;

2° *De quelques modifications à apporter à la loi de 1838 concernant les aliénés criminels et les rechutes.* — Leçon faite à la Salpêtrière.

M. MAGNAN offre à la Société, de la part de M. le Dr Peeters, de Gheel :

1° Un rapport sur la situation de l'asile d'aliénés de Gheel, pendant l'année 1880 ;

2° Un extrait d'une communication relative au traitement des aliénés dans les maisons privées, faite au congrès international de Londres 1881.

Dans ce dernier mémoire, M. le Dr Peeters donne un aperçu des circonstances qui expliquent comment il se fait qu'à Gheel la proportion des guérisons ne soit pas plus forte, relativement au chiffre total des admissions. Ce résultat est imputable à la façon dont se recrute la population de la colonie, aux éléments caducs importés par les asiles fermés et ne doit, en aucune façon, être invoqué

comme une conséquence défavorable du patronage familial.

*Tentative d'assassinat commise par un aliéné
sur un médecin.*

M. MOTET fait part à la Société des renseignements qui lui ont été adressés au sujet de l'agression dont a été victime le D^r Orange, directeur de l'asile de Broadmoor.

Il recevait dans son cabinet un des malades de l'établissement qui avait demandé à être entendu, lorsque celui-ci lui lança un caillou qui vint le frapper violemment à la tempe et détermina une blessure assez sérieuse. Toutefois, le D^r Nicholson, médecin adjoint de Broadmoor, qui transmet ces nouvelles, exprime l'espoir d'une prompte guérison.

Mission est donnée au secrétaire général de se faire l'interprète, auprès du D^r Orange, des plus vifs sentiments de sympathie de la Société, à l'occasion de cet accident.

M. AUG. VOISIN, à propos de cet événement, qui vient s'ajouter à tant d'autres de même nature, annonce qu'il a dressé une liste des infirmières de son service blessées par les malades. Voici cette liste :

En 1880. — M^{lle} Lavabre, sous-surveillante, a reçu au front un coup de sabot de la malade A. .

3 octobre 1880. — M^{lle} Lequeré, fille de service, sans le secours de la fille de service Lenaour, a failli être étranglée par la malade B... qui s'était emparée de son trousseau de clefs et cherchait à les enfoncer dans la gorge de la fille qu'elle avait terrassée.

Février 1881. — M^{me} Renaut, sous-surveillante, a été mordue à la main par la malade C...

19 juillet 1881. — M^{lle} Grilly, fille de service, a été jetée à terre par la malade D... Cette fille a gardé le lit pendant plusieurs jours.

1^{er} septembre 1881. — M^{me} Aloncle, surveillante, a été renversée à terre et tirée aux cheveux par la malade E...

31 octobre 1881. — M^{lle} Gœtz, fille de service, a été atteinte à l'œil gauche par un morceau de pain que lui a lancé la malade F..., et dont elle a porté la marque.

19 novembre 1881. — M^{lle} Casadie, fille de service, a été tirée aux cheveux et a failli être étranglée par la malade H..., qui voulait la tuer.

Avril 1882. — Les filles de service Briant et Vincent ont été frappées et ont reçu dans le ventre des coups de pieds de la malade L...

Discussion sur les asiles d'aliénés criminels (suite).

M. RITTI donne lecture de la communication suivante de M. le D^r BRUNET, directeur-médecin de l'asile d'Évreux :

La nécessité d'un asile spécial pour les aliénés criminels a été admise à l'unanimité des membres présents, au Congrès des médecins aliénistes de 1878. M. Motet, en rendant compte de sa visite à l'asile de Broadmoor, a fait ressortir de nouveau devant la Société médico-psychologique la nécessité de cet asile qui, au contraire, a été combattue par M. Falret et Christian. M. Lunier a réfuté les arguments que ceux-ci ont invoqués en faveur de leur opinion et je n'interviendrais pas dans le débat, si je ne pouvais apporter ici le résultat de mon expérience personnelle.

Les condamnés du sexe masculin, qui deviennent aliénés après leur condamnation, sont conduits à Gaillon, dans un quartier spécial, créé pour eux, et ils y restent jusqu'à l'époque de leur libération. Ils sont ensuite envoyés, s'ils ne sont pas guéris, dans les départements où ils ont leur domicile de secours, mais en attendant que ce domicile soit reconnu, ils sont placés provisoirement à l'asile d'Évreux. Ceux qui sont domiciliés dans la Seine, y demeurent définitivement. J'ai donc pu étudier les inconvénients que présente le séjour de ces criminels aliénés dans un asile ordinaire.

Les criminels aliénés y sont une cause de graves désordres, par leurs réclamations incessantes et de toute nature, par leur insubordination constante, leurs dénunciations calomnieuses contre tout le monde, les actes de violence auxquels ils se livrent à chaque instant, les menaces d'incendie et de meurtre qu'ils font.

M. Christian pense que les instincts pervers, qui les ont rendus criminels, ont dû être le plus souvent modifiés par la folie. C'est là une vue théorique complètement démentie par les faits ; ces instincts sont plutôt exaltés que diminués. L'excitation des instincts égoïstes est d'ailleurs la règle dans presque tous les cas de folie, et la paralysie générale est la seule forme d'aliénation mentale qui puisse ré-

primer ces instincts et développer les sentiments bienveillants.

Les individus qui commettent des crimes, alors qu'ils sont aliénés, sont sans doute moins dangereux que ceux dont la folie éclate après la perpétration de ces crimes ; mais ils ne peuvent cependant pas, à part les cas d'inconscience complète qui existent dans la manie et la paralysie générale, être placés au même rang que les aliénés ordinaires, sous le rapport des dangers qu'ils font courir à l'ordre public.

Comme l'a fort bien dit M. Motet, nos asiles tendent de plus en plus à se transformer ; de vastes exploitations agricoles non entourées de murs y sont annexées et l'on cherche à donner à l'aliéné la plus grande somme de liberté que comporte son état mental. Les fauteuils de force ont disparu depuis longtemps ; la camisole, quand elle existe, et je puis m'en passer à Evreux avec une population de 850 malades, n'est pas employée une fois sur cent.

Il en résulte que ces aliénés criminels, qui demandent une grande surveillance, constituent un élément étranger, un élément de désordre au milieu des autres aliénés, et qu'on est obligé de les placer tous dans la section des agités, qu'ils encombrant.

C'est pour obvier à cette cause de désordre que la commission de surveillance de l'asile d'Evreux a pris, sur ma proposition, une délibération dans laquelle elle demande que cet établissement ne reçoive plus d'autres aliénés de Gaillon, que ceux domiciliés dans l'Eure, et que M. le préfet de la Seine retire ceux qui y sont entretenus aux frais de son département.

M. Falret pense qu'une infirmerie, consacrée dans chaque asile à ce genre d'aliénés, serait insuffisante, le nombre n'en est pas assez grand.

La construction d'un asile spécial, pour les aliénés criminels, ne serait pas seulement une sauvegarde pour la sécurité, elle serait aussi un bienfait pour eux, apporterait une amélioration considérable dans leur sort.

Cet asile dont les murs seraient plus élevés que ceux de nos établissements ou du moins les sauts-de-loup plus profonds, afin de rendre les évasions impossibles, qui contiendrait à son intérieur des ateliers bien organisés pour tous les corps d'état, permettrait de les distraire par

le travail, de leur donner une plus grande liberté qu'on ne peut le faire actuellement.

Il pourrait aussi, au besoin, recevoir certains aliénés, éva-
deurs dangereux, dont la surveillance est difficile.

Au Congrès de 1878, la question de savoir s'il fallait construire un asile spécial pour les aliénés criminels ou simplement un quartier annexé à un asile ordinaire, ne fut pas tranchée ; un asile spécial serait bien préférable, parce que seul il pourrait présenter toutes les conditions nécessaires à une bonne installation.

M. CHRISTIAN. — Je demande la permission de répondre un seul mot. Suivant M. Brunet, j'aurais dit que les instincts pervers qui ont rendu les condamnés criminels, sont le plus souvent modifiés par la folie. Je n'ai jamais exprimé une opinion aussi absolue, et M. Brunet pourra s'en convaincre, s'il veut se donner la peine de me relire (*Ann.* numéro de mars 1882, p. 284). J'ajouterai que la communication de notre honorable confrère me fournit encore un excellent argument à l'appui de ma thèse. M. Brunet nous apprend que les condamnés qui deviennent aliénés après leur condamnation, sont conduits à Gaillon, dans un quartier spécial, et ils y restent jusqu'à l'époque de leur libération. Ils sont ensuite envoyés, s'ils ne sont pas guéris, dans les départements où ils ont leur domicile de secours, et en attendant que ce domicile soit reconnu, ils sont placés provisoirement à l'asile d'Evreux. Il en résulte que les aliénés peuvent très bien trouver place dans un asile ordinaire, car j'imagine que leur état mental ne s'est pas modifié du jour au lendemain, par le fait seul de leur libération.

M. MOTET saisit cette occasion d'affirmer à nouveau qu'une lacune existe et qu'on ne saurait considérer comme une organisation régulière la situation actuelle; l'utilité d'un asile spécial où seraient internés les aliénés criminels dont la peine est expirée, mais dont l'état d'aliénation dure encore au moment de l'expiration de la peine, lui semble indiscutable.

M. DELASIAUVÈ se contente pour le moment de rappeler que, d'après les termes de la discussion, l'objection contre l'état de choses actuel était surtout d'ordre sentimental ou moral, en un mot contre ce qu'il peut y avoir de choquant dans cette promiscuité des déshérités de l'intelligence qui

n'ont jamais été en conflit avec les lois et les aliénés dits criminels.

M. LARÈGUE. — Messieurs, M. Motet et moi faisons partie de la commission parlementaire et extraparlamentaire chargée d'étudier les réformes que l'on s'est proposé d'apporter à la loi de 1838. Prochainement, la question des aliénés criminels y viendra en discussion et il serait désirable que les débats qui ont déjà eu lieu au sein de la Société médico-psychologique sur ce sujet, fussent poursuivis et aboutissent à des conclusions qui seraient de nature à éclairer les décisions à prendre.

M. LE PRÉSIDENT, ayant fait remarquer qu'il n'y a plus d'orateur inscrit, invite la Société à nommer une commission qui rédigerait les conclusions qui se dégagent des différentes opinions qui se sont produites et les soumettrait à son approbation.

En conséquence, une commission composée de MM. Falret, Dagonet, Legrand du Saulle, Christian et Collineau est nommé à l'effet de rédiger ce rapport dont lecture sera donnée dans quinze jours en séance extraordinaire.

Rapport de candidature.

M. PAUL MOREAU (DE TOURS). — Messieurs, vous avez confié à une commission composée de MM. Falret, P. Garnier et moi, le soin de vous présenter un rapport sur la candidature au titre de membre associé étranger, du D^r A. Solivetti, médecin du manicomie de Rome, chargé du cours clinique des maladies mentales à l'Université de cette ville. Notre savant confrère jouit en Italie d'une réputation justement méritée. De nombreux travaux viennent de plus donner un appui sérieux à sa demande de candidature, et je vous demanderai la permission de vous en présenter une rapide analyse :

Dès 1867, M. Solivetti avait publié un mémoire sur « l'Epilepsie et le traitement abortif de l'accès épileptique », travail dont le regretté Brierre de Boismont rendit compte dans les *Annales médico-psychologiques* (IV^e série, t. 10, p. 242).

En 1869 paraissait dans la *Gazetta medica di Roma* (Ann. V, fasc. 5), la relation d'un cas de sténose de l'estomac et des intestins.

En 1873, au congrès médical tenu à Rome, notre confrère qui, depuis de longues années, faisait des observations sur les agitations individuelles des aliénés en rapport avec le magnétisme terrestre, fit une communication dont voici les conclusions :

1° Les agitations accidentelles des aliénés sont en relation étroite avec les perturbations du magnétisme terrestre.

2° Les aliénés commencent à s'agiter constamment le jour qui précède les mouvements des magnétomètres.

3° On n'a jamais vu l'agitation des aliénés suivre la perturbation des magnétomètres.

4° Les aliénés reprennent leur calme presque instantanément, tandis que les instruments retournent à leur état régulier, plusieurs heures et même un jour après leur altération.

5° L'agitation des aliénés agités correspond à l'exagération du bifilaire.

6° L'agitation des tranquilles correspond aussi à l'exagération du bifilaire, mais elle est moindre que celle des agités.

7° L'agitation des gâteux correspond à l'abaissement des magnétomètres, spécialement du bifilaire, et elle est plus grande quand à l'abaissement des instruments se joint un abaissement du baromètre.

8° L'agitation des gâteux ne se manifeste pas aussi rapidement que celle des agités, mais d'habitude elle accompagne la bourrasque.

9° Si l'agitation des gâteux précède le mouvement des magnétomètres, c'est un signe que l'abaissement des instruments sera considérable et que leur course sera presque soudaine.

10° L'agitation des aliénés n'a aucune relation absolue ni avec la perturbation du déclinomètre, ni avec celle du vertical.

Au congrès fréniairique de Reggio Emilia, en 1879, M. Solivetti présenta une note sur l'emploi de l'ergotine en aliénation mentale.

Frappé de l'impuissance de la thérapeutique dans les cas de délire aigu, notre savant confrère se basant, d'une part, sur les phénomènes physiologiques de la congestion, d'autre part, sur l'action de l'ergotine sur les capillaires, eut l'idée de reprendre les expériences de Van Andel, de Toselli, de Brown-Séquard..... Modifiant après examen

sérieux et raisonné, la méthode de Van Andel, il injecta l'ergotine et le succès dépassa son attente (1).

Après avoir exposé succinctement le résultat de ses recherches, il arrive à conclure que les injections hypodermiques d'ergotine constituent un moyen excellent pour combattre certaines formes de délire, dues à un état congestif du cerveau, et principalement pour le délire aigu, alors que les autres moyens thérapeutiques ont échoué.

En présence de ces résultats, il serait à souhaiter que de nouvelles expériences viennent confirmer l'efficacité de cette méthode et mettre aux mains des médecins une arme sérieuse contre la violence souvent redoutable du délire aigu.

Une autre brochure contient la relation d'une petite épidémie de convulsions hystéro-épileptiques observée à Genzano.

En 1884, huit personnes de Genzano ayant été prises de convulsions, le Dr Solivetti fut délégué par le gouvernement, afin d'étudier la nature de la maladie, en rechercher la cause et prendre les mesures nécessaires pour arrêter cette maladie et en empêcher le retour.

Ces crises attribuées naturellement par les gens du peuple à la malice du diable, n'étaient que des crises très nettes d'hystéro-épilepsie développées chez des héréditaires à la suite d'excès alcooliques chez les hommes et s'étendant par voie d'imitation aux femmes qui les virent et les assistèrent.

En présence de ces accès, le Dr Solivetti chercha tout d'abord à les arrêter. Les injections de morphine, les inhalations de chloroforme échouèrent complètement; le seul moyen qui lui réussit fut la compression des testicules et des ovaires. Le traitement curatif qu'il institua fut le traitement rationnel usité en pareil cas: bromure de potassium à doses croissantes, bains tièdes prolongés, isolement des malades, hygiène, etc.

Cette petite épidémie, si toutefois on peut donner ce

(4)	Ergot. de Bonjean	4 gr.
	Eau	6 —

Cette solution est injectée en trois fois et répétée pendant trois ou quatre jours. Ce n'est que tout à fait accidentellement qu'on est obligé de dépasser 4 gr.

nom à cet événement, car huit personnes sur plus de 6,000 habitants furent seules frappées, disparut pour ainsi dire d'elle-même, par l'emploi de ces simples mesures.

Vous savez aussi, Messieurs, que le Dr Solivetti est chargé du cours clinique des maladies mentales. Ce cours fut créé en 1872 et eut pour premier titulaire le Dr Girolani, qui dut suspendre en 1875 pour cause de maladie.

En 1881, S. Exc. le ministre de l'instruction publique, voulant faire revivre cette branche si intéressante de l'enseignement médical, n'hésita pas à confier au Dr Solivetti ce cours interrompu depuis cinq années.

Chaque dimanche, à l'hôpital, notre confrère fait son cours et suit la méthode mixte, c'est-à-dire que la première partie de la leçon est consacrée à la théorie et la seconde à la présentation et à l'examen de malades. « J'ai reconnu, dit-il, qu'il était préférable de préparer d'abord les élèves en leur disant ce qu'il y a à observer sur le malade et comment ils doivent procéder au diagnostic. Quand ils ont l'idée bien nette d'une forme donnée de névropathie, quand ils en ont reconnu les causes, les symptômes, le cours, etc., il leur est beaucoup plus facile d'étudier le malade. Quant à la classification, je prends pour base le type classique d'Esquirol, modifié, bien entendu, selon les progrès de la science. »

Je ne voudrais pas, Messieurs, m'étendre plus longuement sur les titres de notre savant confrère. En le recevant dans son sein, la Société médico-psychologique honorerait le savant autant qu'elle s'honorera elle-même, et votre commission vous propose, Messieurs, de conférer au professeur Solivetti le titre qu'il sollicite.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées et M. le Dr Solivetti est nommé membre associé étranger à l'unanimité.

Prix Belhomme et Aubanel.

M. LE PRÉSIDENT estime que le moment est venu de nommer la commission chargée de déterminer les conditions du concours pour les prix Belhomme et Aubanel. MM. Lasègue, Dagonet, Legrand du Saulle, Motet et Christian sont désignés pour en faire partie.

Du divorce et de l'aliénation mentale (suite).

M. AUG. VOISIN. — Messieurs, depuis que j'ai demandé la parole pour répondre à notre savant collègue, M. Dally, au sujet de la folie et du divorce, cette importante question a été mise à l'ordre du jour de l'Académie de médecine par MM. Blanche et Luys.

Leurs conclusions ne sont assurément rien moins que concordantes, le premier n'admettant le divorce dans aucun cas, le second l'acceptant dès que la folie chronique date de cinq ans.

Je pense, Messieurs, que ces deux opinions de nos collègues, sont excessives, et qu'il serait bien d'accepter un moyen terme en tenant compte d'une foule de circonstances qui ont été laissées de côté.

Je dirai même qu'une question si grosse de conséquences n'a point été étudiée suffisamment devant le Parlement, et je me demande comment la seule société en France qui soit composée d'hommes que leurs occupations journalières et leurs recherches rendent aptes à connaître ces questions; je me demande, dis-je, comment cette société n'a point été consultée, et j'ajoute sans apporter à ma déclaration le plus léger sentiment d'amertume, que je regrette que ceux de nos collègues qui ont été appelés devant la commission parlementaire du divorce n'aient pas obtenu, car ils ont dû le demander, que la Société médico-psychologique fût consultée sur cet important sujet.

Je disais en commençant, qu'entre les opinions de nos deux collègues, il serait bon d'accepter un moyen terme.

En effet, l'analyse de la question la fait envisager sous bien des faces.

Messieurs, j'étudierai en premier lieu la préexistence de l'aliénation mentale ou de la maladie nervoso-mentale au mariage et les cas où la maladie a été dissimulée; en second lieu, l'apparition de l'aliénation mentale après le mariage, et les causes déterminantes qui l'ont provoquée (j'admets, bien entendu, toujours la prédisposition héréditaire); mais combien de prédisposés ne deviendraient-ils pas aliénés sans l'intervention de facteurs nouveaux?

PREMIÈRE CATÉGORIE.

Préexistence de l'aliénation mentale ou de la maladie nervoso-mentale au mariage.

Dans ce cas, ou bien la maladie antérieure au mariage était connue du conjoint, ou elle en était ignorée. Chacun admettra que, si elle était connue, il n'y a pas matière à divorce : en effet, faudrait-il qu'après avoir joui de la possession de son conjoint, l'autre l'abandonnât étant malade ? La loi se prêterait d'autant moins à une semblable lâcheté que ces sortes de mariages ne se font que trop souvent par convenance et pour des raisons de fortune.

Je connais plusieurs cas de ce genre. Une demoiselle avait des vertiges et des absences ; le futur en avait connaissance, mais elle était excessivement jolie, aimable et riche. Le mariage se fit ; le premier accouchement provoqua des attaques d'épilepsie suivies de délire.

L'épilepsie a persisté et l'intelligence s'est troublée. Il existe aujourd'hui un délire de persécution qui a rendu impossible son maintien dans la famille malgré des périodes lucides.

L'état maladif date de dix ans.

Je ne pense pas que le divorce dût être accordé dans un cas semblable.

Un jeune homme était faible d'esprit, incapable d'une conversation suivie, mal conformé, mais excessivement riche..... Il fut agréé par des parents qui lui donnèrent leur fille en mariage.

Quelques années après leur union, il fallut placer le mari en maison de santé.

Un jeune homme choréique, très original, ayant une belle position dans l'administration, obtient malgré mes conseils la main d'une jeune fille sans fortune. Un an après, il est tombé en démence et sa santé physique ne fait pas craindre sa mort.

On pourrait en citer bien d'autres.

Supposons, au contraire, que la maladie antérieure au mariage ait été inconnue du conjoint ; dans un cas pareil, je pense que l'on devrait autoriser le divorce, car il y aurait eu tromperie, supercherie dont il ne serait pas équitable de rendre l'autre conjoint victime.

Les maladies antérieures au mariage, auxquelles je fais allusion, sont les suivantes :

En premier lieu, l'épilepsie, l'imbécillité, les folies intermittentes, la dipsomanie et un certain nombre de ces folies morales sur lesquelles Trélat a composé son savant livre.

Épilepsie. — Il n'est pas besoin d'insister sur les sentiments que ressent un mari ou une femme, lorsqu'il constate quelques jours après le mariage qu'il a épousé un épileptique.

Les conséquences de ces misères sont épouvantables, en raison des attaques et des phases de délire et de folie que cette maladie détermine.

D'un autre côté, la société a intérêt à empêcher, par tous les moyens en son pouvoir, la transmission d'un mal si héréditairement fatal.

Vous avez entendu notre honoré maître, M. Delasiauve, nous raconter les observations d'épileptiques dont le mariage a pu se faire en cachant la maladie à la famille de la future :

Un marié est pris de fureur subite le jour du mariage, il tue son beau-père en passant de la salle où l'on dansait dans une autre pièce.

Un autre tombe au milieu de l'église, après la célébration de son mariage.

Trélat (*Folie lucide*) a cité l'observation d'une femme de trente-huit ans qui est entrée dans son service de la Salpêtrière. Elle a eu toute sa vie des accès de colère durant une minute, pendant lesquels elle profère d'une façon retentissante de grossiers jurements et les menaces les plus terribles. Elle devient pâle et le regard est fixe. Ces accès se produisent plusieurs fois par semaine et souvent deux fois par jour. Elle est insociable et ne peut s'appliquer à rien. Elle n'a pu rester avec son mari.

Imbécillité. — La loi doit, à mon avis, d'autant plus autoriser le divorce pour les cas où l'imbécillité a été cachée et dissimulée, que ces dégénérés demandent fréquemment et avec instance le mariage et que la jurisprudence actuelle enseigne (1), à propos de l'article 446 du Code civil, livre 4^{er} (Il n'y a pas de mariage, lorsqu'il n'y a pas de consentement), enseigne, dis-je, que la faiblesse d'esprit qui

(1) Marcadé. Code civil, I (Lebret, Pocquet).

ne va pas jusqu'à rendre incapable de consentir, n'est pas un empêchement au mariage.

Les cas ne sont pas rares de parents qui songent à marier leurs enfants atteints de faiblesse de l'intelligence et d'imbécillité; quelques-uns même pensent que le mariage améliorera leur état. J'ai entendu professer la même opinion à propos de l'épilepsie.

Quelques bons jugements de divorce réprimeront ces tendances. J'observais récemment un jeune homme d'une faiblesse intellectuelle notoire, d'un jugement mal équilibré, d'une grande originalité, pour le mariage duquel son père me consultait; je ne suis pas encore arrivé à l'en dissuader.

Trélat a dit qu'il avait dans son service des imbéciles, mêmes des idiots, qui sont mariées, et qui ont des enfants.

Trélat dit encore : « Jamais la question si grave du mariage et la légèreté avec laquelle il se contracte n'apparaît plus sombre et plus triste que dans les cas où il y a à la fois de la richesse physique et de la misère morale, et où l'individu, homme ou femme, qui se laisse séduire par ce qui se voit, ne donne aucune attention à la présence ou au déficit d'attributs plus nécessaires qui ne pourraient être reconnus et appréciés qu'avec une étude sérieuse. »

Messieurs, quand on saura que l'imbécillité et à plus forte raison l'idiotie sont une cause de divorce, les familles seront moins faciles en fait de mariage; ce sera un premier pas vers l'amélioration de la race humaine, à la détérioration de laquelle on assiste sans l'avertir efficacement du péril.

La sélection si judicieusement pratiquée pour les animaux est, en effet, lettre morte quand il s'agit de l'homme, et les convenances et la cupidité sont des mobiles trop fréquents ordinaires du choix des conjoints.

Folie intermittente. — L'intervention d'une loi sur le divorce est encore d'autant plus utile pour empêcher le mariage des aliénés, à accès, que la jurisprudence (Delvincourt et Proudhon) (1) enseigne « qu'il y a une différence entre l'interdit et le fou qui ne l'est pas; qu'un fou peut avoir des intervalles lucides, et que, tant que l'interdiction n'est pas prononcée, les actes faits pendant un intervalle lucide sont valables. »

Dipsomanie. — La dipsomanie a des conséquences telle-

(1) Marcadé, Code civil.

ment tristes au point de vue de la famille, du ménage, des enfants et de la moralité de la femme, et cette maladie est tellement incurable que je considère sa dissimulation avant le mariage comme devant être une cause de divorce.

J'ai observé, dans ces derniers temps, un fait de dipsomanie chez une jeune femme mariée depuis quatre à cinq mois. C'est par hasard que son mari s'est aperçu qu'elle avait l'habitude de boire en cachette des liqueurs fortes et même des eaux dentifrices. Elle cache les bouteilles sous son oreiller, dans les tiroirs ; elle boit dès qu'elle est seule et son mari l'a trouvée plusieurs fois ivre et sans connaissance.

Les parents de cette jeune femme avaient caché ce vice, dans la pensée que le mariage la guérirait.

J'ai lu, dans le livre de Trélat sur la folie lucide, quelques observations des plus convaincantes à ce sujet. La tromperie n'a pu être découverte que dans un cas avant le mariage.

Je résume deux de ces observations.

M. de M... (2), jeune Allemand de vingt-cinq ans, épouse Mlle de X..., qui en a dix-sept. La nouvelle mariée est d'une grande beauté, elle est aussi bonne que gracieuse et se promet d'exercer la bienfaisance autant que sa fortune le lui permettra. Son intelligence a été très cultivée. Que de motifs pour prédire à ce jeune ménage un bonheur facile !

A tant de conditions réunies, il en manque une importante. Comme cela se fait si souvent, on n'avait permis à Mlle X... que d'entrevoir celui qu'elle allait épouser. Quoique compatriote, elle le connaissait à peine. La famille s'était attentivement appliquée à cacher des vices grossiers qui eussent empêché cette union si on en eût été informé. On comptait sur le mariage pour guérir un dipsomane violent et dangereux, dont les accès étaient fréquents et qui, dans son ivresse, s'armait de pistolets, menaçant de tuer tous ceux qui l'entouraient. Une fois marié, la moindre de ses folies était d'envoyer chercher des chevaux de poste à minuit et d'exiger, revolver en main, que sa jeune femme partît avec lui. Au bout de peu de jours de mariage, la malheureuse victime, qui avait toujours été élevée avec douceur, était couverte de meurtrissures. Son mari ne tarda

(2) Trélat, *Folie lucide*, p. 264.

pas à être pour elle un objet d'épouvante et à lui devenir odieux.

Cette jeune femme tombe dans le désespoir. Elle souffre longtemps seule, mais quelques années plus tard elle se trouve réfugiée à l'étranger, ayant renoncé à tout excepté à deux personnes, un homme et un enfant, un homme qui, lui aussi, a tout abandonné pour elle, et qui sent le malheur infini de la situation qu'il lui a faite.

Elle a eu tort sans doute, mais à qui ce tort doit-il être imputé, sinon à la famille qui l'a trompée et jetée dans le désespoir qui l'a perdue ?

Voici l'autre observation de Trélat : On ne peut penser (1) sans frémir, dit-il, à ce qui faillit arriver à l'une des familles les plus éminentes par la double recommandation du savoir et de la pratique des vertus privées. Un jeune homme recherchait la fille chérie de la maison, ses visites étaient agréées. Tout paraissait raisonnable dans cette alliance. Ce jeune homme avait de l'esprit, de l'instruction, il plaisait à tous les amis de la famille autant qu'à la famille elle-même. Et pourtant, quoiqu'il gardât encore tous les caractères extérieurs, toutes les apparences de l'élévation, il était assez déchu déjà pour entrer chez les marchands de vin, chez les liquoristes et pour boire à leur comptoir. Il y fut vu par un parent de la maison qui revint sur ses pas et et regarda à deux fois avant d'en croire ses yeux. Que serait-il arrivé s'il eût eu moins de cynisme et ne se fût pas mis ainsi à découvert ?

DEUXIÈME CATÉGORIE

Apparition de l'aliénation mentale pendant le mariage.

Trois cas peuvent se présenter.

Dans le premier cas, la folie a été évidemment causée par les mauvais traitements, la mauvaise conduite du conjoint, l'abandon d'un conjoint par l'autre, les pertes d'argent et les chagrins des époux, la mauvaise conduite des enfants, les travaux excessifs et l'état puerpéral.

Dans le deuxième cas, l'étiologie présente une telle obscurité que l'on ne peut formuler son opinion.

(1) Trélat, *Folie lucide*, page 463.

Dans le troisième cas, une vie de désordre et des excès ont produit l'aliénation mentale.

Premier cas. — Mon opinion est que le divorce ne saurait être accordé quelle que soit la durée de la folie chronique.

L'union conjugale a été d'autant plus resserrée que la maladie est la conséquence des vicissitudes par lesquelles a passé le ménage et des actes qui sont l'essence même du mariage.

Voici quelques observations à l'appui :

A. — MAUVAIS TRAITEMENTS DU MARI OU DE LA FEMME
ENVERS SON CONJOINT.

Une femme L... est devenue paralysée générale à la suite de mauvais traitements de son mari et de fatigues excessives pour élever et nourrir ses enfants, payer son terme, etc.

Ce misérable non content de ne rien apporter à la maison, prenait le pain que sa femme avait acheté pour ses enfants et dérobait ses vêtements, jusqu'à ses bas, pour aller boire.

Le mari de la nommée G... était buveur, violent, et battait sa femme devant ses enfants.

Le mari de la nommée F... était très violent, l'a frappée d'un coup de hache et introduisait des femmes dans son domicile.

Le mari de la nommée N... la menaçait de la tuer lorsqu'il était ivre.

Un nommé M... a rendu sa femme aliénée mélancolique par ses mauvais traitements. Quoique gentilhomme, il s'adonnait à la boisson et l'alcoolisme a déterminé chez lui un état d'irritabilité excessive pendant lequel il injurait sa femme ; il l'accusait de rechercher d'autres hommes et il la frappait à coups de cravache.

Ce misérable obtiendrait-il le divorce ?

Violences envers sa femme. — Le mari de C... a battu sa femme, âgée de seize ans, dès le second mois de son mariage. Depuis, coups de pied et coups de poing. Ce mari avait une maîtresse, et il reprochait à sa femme d'être trop grasse (il l'appelait grosse berdouille).

Elle est aliénée mélancolique depuis 1868.

La nommée Luc... avait pour mari un homme buveur et

brutal qui se livrait sur elle à des violences sauvages ; un soir entre autres, devant une amie, il a enroulé les cheveux de sa femme autour de son bras, l'a traînée dans la chambre et l'a menacée de la retourner comme un lapin. Cette malheureuse a été atteinte de folie congestive avec hallucinations et stupeur.

La nommée Har..., hallucinée chronique, est devenue aliénée par suite de mauvais traitements de son mari qui, pendant une dernière grossesse, lui reprochait de ne pas assez travailler et lui donnait des coups de botte dans le ventre.

Une dame Mar..., qui était battue, violentée par son mari pendant ses fureurs ébrieuses, est devenue aliénée lypémanique chronique.

Mauvais traitements du mari. — Une femme Cruv..., atteinte de mélancolie chronique depuis huit à neuf ans, a pour mari un débauché, joueur, qui a dépensé son bien et celui de sa femme au jeu. Il vendait les affaires de sa femme et allait boire avec les chiffonniers. Etant ivre, il la traînait à terre, la tirait par les cheveux, lui montait sur le ventre, et la frappait à coups de botte.

En dehors de ces moments-là, il était charmant. On n'accordera pas, je suppose, le divorce à cet homme, parce que sa femme est atteinte d'une folie lypémanique d'une date ancienne et compliquée de cachexie et de démence.

Une autre, Bru..., a souvent des scènes avec son mari qui rentre ivre. Elle en a eu une pendant qu'elle nourrissait, le lait a cessé de venir. Elle était aliénée mélancolique quelques jours après et, depuis, elle est tombée dans la démence.

Une autre, Né..., est devenue aliénée à la suite de l'abandon de son mari qui était ivrogne. La folie remonte à 8 ans.

Une nommée Che... a été séparée de corps et de biens d'avec son mari, à la suite de la mauvaise conduite de celui-ci, qui vivait avec d'autres femmes et dépensait l'argent du ménage. La misère dans laquelle elle est tombée, l'a rendue malade mélancolique cachectique depuis 1868.

B. — ABANDONS DE FEMMES PAR LEURS MARIS.

Une nommée Trib..., a été très malheureuse en ménage ; elle a été abandonnée par son mari, il y a trente ans ; il l'a laissée dans la misère et il a pris sa fille pour maîtresse.

Une nommée Mar... a été maltraitée, puis abandonnée par son mari, buveur de profession, et est tombée dans une folie lypémaniaque qui s'est compliquée de démence.

La nommée Guet... a été très malheureuse en ménage et abandonnée par son mari. Celui-ci vivait avec d'autres femmes et n'apportait rien au ménage, de sorte que cette pauvre femme subvenait presque seule à l'entretien de ses enfants (elle en a eu dix-sept).

Elle a été atteinte de folie mélancolique qui s'est compliquée de démence et de cachexie.

Une nommée Pig... a été abandonnée par son mari qui a tout emporté, mobilier, argent, etc., et elle a été frappée de paralysie générale.

Une nommée Vinc... a été abandonnée par son mari pour aller vivre avec d'autres femmes ; elle a été frappée de paralysie générale.

C. — PERTES D'ARGENT PAR LA FAUTE DU CONJOINT, FAILLITES.

Une femme Chat... est devenue paralysée générale par suite des pertes d'argent que son mari a faites dans le commerce. Le nombre des individus devenus aliénés dans ces circonstances est considérable.

D. — CHAGRINS PAR PERTE D'ENFANTS, PAR LA MAUVAISE CONDUITE DES ENFANTS.

J'ai observé un certain nombre de femmes qui sont devenues aliénées à la suite de la mort de leurs enfants, Ei... et Gau..., d'autres à la suite de l'abandon du foyer paternel par leurs fils. Ainsi les nommées Gall..., Des... et Rig...

E. — IMPRESSIONS TRISTES ET EFFRAYANTES AU SUJET DU CONJOINT.

Accorderait-on le divorce dans les cas où la femme a été terrifiée, comme pendant la Commune, par les recherches que les fédérés faisaient des maris pour les entraîner dans leurs rangs et par les menaces les plus effrayantes, comme cela est arrivé à une nommée Pru..., entre les jambes de laquelle les fédérés avaient placé un obus dont ils approchaient une mèche allumée, afin de lui faire dire où était caché son mari ?

F. — ÉTAT PUERPÉRAL.

Accorderait-on le divorce dans le cas où la folie est la conséquence du mariage ? Je ne crois pas que la loi consacrerait une pareille demande.

Une nommée Bez.... a été prise d'ictère pendant qu'elle nourrissait son enfant, âgé de quatre mois. Le lait s'est supprimé. Quelques jours après, hallucinations de l'ouïe injurieuses. Elle est atteinte de folie lypémanique avec démente qui date de trente ans.

Une nommée Br... est devenue aliénée lypémanique chronique à la suite de suppression de l'allaitement par la mort de son enfant.

Une femme Rol... est devenue folle au vingt-sixième jour d'un accouchement et est restée aliénée mélancolique.

G. — TRAVAIL EXCESSIF DU CONJOINT.

Je n'oublierai pas les cas où l'aliénation mentale est le résultat du travail excessif du conjoint pour augmenter les acquêts de la communauté et le bien-être du mariage et des enfants.

En résumé, la loi permettrait-elle le divorce au conjoint de l'aliéné, alors que les causes que je viens d'énumérer sont la conséquence de l'union conjugale ? Faudrait-il qu'après avoir joui de la possession de son conjoint, le mari ou la femme abandonnât le malade ? Quant à moi, je déclare que l'on ne saurait accorder le divorce dans ces circonstances, quelle que soit la durée de la vie de l'aliéné.

Deuxième cas. — Quant aux cas où la cause de la folie incurable est inconnue, je crois qu'il ne faudrait en aucune façon accorder le divorce, parce qu'il est quelquefois bien malaisé de savoir ce qui s'est passé dans l'intérieur d'un ménage et parce que le conjoint qui demande le divorce a intérêt à cacher des faits que l'aliéné ne peut faire connaître ou à en alléguer d'autres que l'aliéné ne peut rectifier.

3o Dans le *troisième cas*, la demande de divorce doit être, à mon avis, prise en considération.

Il s'agit alors de ces buveurs de profession qui sont d'incorrigibles récidivistes. Ces individus, vous les connaissez bien, sont pris sous l'influence d'un excès de boisson, quelquefois léger, de folie transitoire caractérisée par les

actes les plus variés et souvent les plus incohérents et les plus dangereux.

Le conjoint est dans une situation déplorable, et les enfants ont sous les yeux un spectacle qui peut bien devenir contagieux.

Je voyais tout récemment encore une pauvre femme dont le mari, buveur d'absinthe, se livre à des violences sur elle, au moins une fois par mois, la frappe avec les objets du ménage, l'injurie de la façon la plus obscène et ne se gêne en aucune façon devant son fils. Il est arrivé, à plusieurs reprises, que cet insensé a jeté sa femme et son fils dehors en pleine nuit.

Cela dure depuis vingt-six ans.

J'admettrais encore le divorce dans les cas d'alcoolisme chronique et de démence paralytique de cause syphilitique, parce que la maladie chronique incurable est alors du fait du malade qui est arrivé à cette déchéance par des excès de toute sorte.

Je dis alcoolisme chronique et démence paralytique syphilitique, parce que ces états chroniques sont susceptibles de durer un grand nombre d'années.

Je ne rangerais pas dans ces cas la paralysie générale, quoique dûment causée par des excès de toute sorte, parce que son évolution, relativement courte, n'éloigne pas indéfiniment la possibilité d'un second mariage.

D'autres questions ont été soulevées par notre collègue, M. Luys, devant l'Académie de médecine.

Les folies chroniques, datant de plus de cinq ans, sont-elles incurables ?

La paralysie générale des aliénés est-elle absolument incurable ? Et par conséquent, le divorce devrait-il être accordé lorsqu'une folie date de quatre ans pour l'homme et de cinq ans pour la femme, et l'existence de la paralysie générale autorise-t-elle l'obtention du divorce ?

Notre savant collègue, M. Luys, a dit, en parlant des conditions du divorce, qu'il n'admettait qu'une durée moyenne d'aliénation mentale : quatre ans chez les hommes et cinq ans chez les femmes, pour qu'un état psychopathique passât à l'état chronique et pour que le divorce fût accordé ; et quant à la paralysie générale, son avis est qu'une fois con-

stituée avec ses facteurs morbides, elle ne guérit jamais ; elle frappe de mort tous les sujets qu'elle touche.

Vésanies.

I. *Relativement au premier point*, c'est-à-dire aux vésanies, j'ai moi-même ici, en 1874 (1), dit que j'avais toujours rencontré des lésions des cellules cérébrales et des vaisseaux chez les aliénés après quelques mois de maladie, et mes observations ont été l'objet de critiques de la part de MM. Blanche, Fournet. J'ai ajouté que je pensais qu'il pouvait se faire des suppléances de cellules altérées par des cellules saines ; que, l'iclus morbide qui a accompagné un état de folie ayant cessé, des cellules restent altérées, mais que par suite des communications des cellules entre elles, des cellules des départements contigus remplacent à peu près les premières, de même qu'après des obstructions vasculaires, on voit des capillaires s'amplifier pour remplacer les vaisseaux oblitérés.

Telle est pour moi l'explication de cas de guérison de vésanies observées par d'autres et par moi.

Je ne crois pas, en effet, que l'on puisse avancer que toute aliénation mentale vésanique, qui a duré cinq ans, soit incurable.

Roller et Hergt ont guéri un nombre assez important de femmes aliénées, chez lesquelles la maladie remontait à plus de cinq ans. J'ai mentionné plusieurs de ces cas dans la relation d'une visite que j'ai faite à Illenau (2).

Moi-même, j'ai été assez heureux pour obtenir quelques guérisons dans ces conditions.

Voici une observation de guérison qui m'a beaucoup frappé :

La nommée V^{ve} R..., Marie, quarante-cinq ans. Entrée le 22 octobre 1864 dans mon service de la Salpêtrière, alors dirigé par M. Falret père, avec un certificat portant qu'elle était atteinte de mélancolie ; elle a été examinée plusieurs fois par MM. Falret et Lasègue.

Lorsque je pris le service, en 1867, j'obtins les renseignements suivants : mère, soixante-seize ans, bien portante,

(1) *Annales méd-psych.* t. II, p. 233.

(2) *Bulletin de thérapeutique*, 1876.

d'une bonne constitution. Père, soixante-douze ans, bien portant, d'une santé délicate ; grand'mère paternelle, morte à quatre-vingt-quatre ans. Grand-père paternel, mort jeune, de fièvre cérébrale (chagrins). Grand'mère maternelle morte très âgée, bonne santé. Grand-père maternel, bonne santé. La malade n'a eu qu'une sœur, qui vit et est bien portante. Elle s'es mariée jeune, dit que son beau-frère l'a volée, en ne donnant pas ce qui était convenu dans le contrat. Son commerce n'a pas réussi, elle est tombée dans la misère. La faillite est survenue neuf à dix jours après qu'elle venait d'accoucher de son quatrième enfant. Elle a été prise de délire ; cela se passait il y a vingt-trois ans. A perdu son mari il y a dix-huit ans. Quelques années après, pendant qu'elle était dame de comptoir dans un café, elle a eu des névralgies dans la région oculaire et la joue gauches, lesquelles ont duré deux à trois ans avec des intervalles, et ont cessé après la prise d'un médicament très violent qui l'a plongée dans une sorte de léthargie ; elle a quitté la maison et s'est placée dans un salon littéraire, puis est retournée chez son père.

Tout allait bien lorsque, en 1861, elle reçut la confiance d'une de ses filles qui avait été l'objet de violences de la part du mari d'une de ses amies. Elle en fut accablée et elle arriva à croire qu'on voulait tuer ses parents ; elle ne savait dire qui voulait les tuer ni comment. Elle tomba dans l'exaltation ; son médecin, M Costa, vint la voir, lui donna une potion calmante et la mena avec son frère à la préfecture ; de là, il l'a conduite en 1864 à la Salpêtrière. Après des instances de ma part, elle me raconte qu' « elle est enceinte de quarante-deux mois. J'ai eu, dit-elle, des relations avec un individu après la mort de mon mari ; ma grossesse a été constatée par une sage-femme, je sens remuer, j'ai des maux de cœur ; c'est une honte pour moi et mes enfants, c'est affreux ; ne le dites pas (elle pleure en disant cela). Quand j'accoucherai, je mourrai. Dites-moi, avez-vous jamais vu une grossesse de quarante-deux mois ? Y croyez-vous ? J'ai confiance en vous. »

Je lui dis que ce n'est pas possible et je lui montre un livre où il est imprimé qu'une grossesse ne peut dépasser trois cents jours. Elle me fait promettre de ne rien dire de tout cela ; sans quoi, tout le monde la verrait de mauvais œil.

Quand elle voit ses filles, elle commence par être gaie,

puis leur dit qu'elle les fera tuer, elle ajoute qu'elle est enceinte.

Pendant qu'elle travaille, elle sort quelquefois subitement de la salle de travail, crie, dit qu'elle est une malheureuse, pleure, parcourt rapidement la cour en tous sens. Dans ses moments de désespoir, elle demande à ne pas sortir d'ici, mais craint qu'on ne la renvoie. Gargouillement presque continuel dans son ventre, entendu à distance. Appétit ; mange régulièrement.

20 octobre 1868. — Mêmes craintes d'être enceinte : « Je suis sûre d'être enceinte, comme il y a un bon Dieu. Pourquoi suis-je énorme comme cela ? » Je traite la malade par l'hydrothérapie, des pilules de fer, des bains de barèges ; mais l'état reste le même. Mêmes idées de grossesse, même triste-se, même désolation. Je constate, le 27 octobre, que le corps de l'utérus est douloureux, plus gros qu'il ne faudrait, de près du double que dans l'état de vacuité. Je cherche à faire pénétrer dans la cavité utérine une sonde utérine, mais inutilement, et ce n'est qu'après plusieurs jours de dilatation du col par des morceaux d'éponge préparée que j'y parviens. Il sort alors du col utérin une assez grande quantité de liquide, non filant, à peine un peu louche. J'ai fait à plusieurs reprises, les jours suivants, à des intervalles de quarante-huit heures, des injections dans la cavité utérine de solution de nitrate d'argent au 20°. La quantité injectée a été, chaque fois, d'un centimètre cube.

Les injections n'ont été suivies d'aucune douleur. Pendant le mois qui a suivi le commencement du traitement, il est sorti du col utérin une grande quantité de liquide aqueux clair, puis, après ce temps, le liquide a été filant.

Le 4 novembre, la quantité injectée a été de 2 centimètres cubes, et l'injection a été suivie d'une légère douleur dans la région sacrée.

J'ai cessé les injections au bout de six semaines.

Le 2 février, la malade me dit avoir la sensation de voix intérieures chantantes, mais ne plus avoir la sensation de grossesse depuis une injection qui a causé de vives douleurs dans les premiers jours de décembre ; elle ajoute qu'elle devait être folle. Elle ne perd plus de liquide par le col utérin ; elle est toujours très émotive.

6 avril. Elle éprouve encore, par moments, une sensa-

tion de gonflement abdominal et de la tristesse ; mais elle n'a plus l'idée qu'elle est enceinte.

L'état de tristesse a diminué depuis progressivement, et, en septembre 1870, elle était parfaitement guérie.

Je l'ai gardée encore dans mon service pendant deux ans, jusqu'à ce que des affaires d'intérêt qu'elle avait, eussent été arrangées.

Elle est rentrée dans la société depuis novembre 1872 ; elle est revenue souvent voir les employées du service, et j'ai pu constater que la guérison s'est bien maintenue.

Je lui ai demandé, il y a quelques jours, de venir se présenter aujourd'hui devant vous ; elle me l'avait promis, mais j'ai reçu la lettre suivante :

Paris, le 14 juin 1883.

« Cher et bon docteur,

» C'est avecque paine que je viens vous prévenir de ne pas comter sur moi comme je vous l'avais promis dans la penssée de vous être agréable. J'avais oublier que j'ai des enfants a qui je me dois et puis ce passer a été pour les miens et pour moi une sourse de douleurs et de peines qu'il est hunutille dans mon interait et daprais lamitiéee que vous mavez toujours témoigné de renouveler. Vous le savez, cher docteur, j'ai des petits enfants et il faut quil hiniorre toujours ce triste passer, vous qui êtes père vous devez comprendre mes juste raisons.

» Malgré la petite contrariété que mon refus va vous causer j'espère ne perdre en rien dans votre acfection.

» Et vous prie de recevoir l'assurance de ma profonde reconnaissance.

» V^{ve} REUL... »

Voici une observation de folie circulaire, qui est très améliorée depuis quatre ans, en ce sens qu'elle présente des intervalles lucides de plus en plus longs, de trois à six mois.

La nommée Porte..., est entrée, en 1864, dans le service de M. Baillarger.

Elle présente très nettement, depuis cette époque, la forme dite circulaire.

Entrée dans mon service en 1868, elle a été traitée par moi dans la période d'excitation par la morphine, et dans

la période de stupeur par le haschisch. Je suis arrivé après cinq à six ans de traitement à rompre l'habitude morbide, c'est-à-dire à diminuer de beaucoup la durée des périodes et à obtenir des intervalles lucides, tels que, depuis quatre ans, cette femme peut sortir de temps en temps avec sa sœur, rester absente du service pendant plusieurs jours, prendre part à des fêtes de famille, telles que la première communion de ses petits-enfants.

Voici quelques observations de guérison, après cinq, six et huit ans de folie :

Folie lypémanique. Idées de persécution et hallucinations de l'ouïe; idées de suicide. Traitement par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine. Guérison. Dose maximum. 12 centigrammes. — La nommée Mol..., âgée de trente-six ans, est entrée dans mon service le 41 novembre 1876 dans un état de folie caractérisé par des hallucinations de l'ouïe et des idées de persécution.

L'examen des sens ne présente rien de particulier. Parole normale. Mémoire intacte. Se plaint d'une douleur fixe à l'épigastre. Aménorrhée depuis six mois. Léger souffle à la base du cœur au premier temps. Elle se sent la tête malade, parce qu'on lui fait beaucoup de chagrin; elle a même cherché à se détruire plusieurs fois. Elle entend des voix qui chuchotent à ses oreilles sur les événements de la Commune.

Jusqu'en 1870, santé bonne, à part l'irrégularité de la menstruation. Pas d'attaques de nerfs antérieures. A été fort effrayée pendant le siège et la Commune, se croyait poursuivie et accusée d'assassinats et d'incendie. Est entrée à Sainte-Anne en 1872, où elle est restée sept mois; y est rentrée au bout d'un an, avec le même délire de persécution, de l'agitation, de l'insomnie, des idées de suicide.

Sa mère est morte d'apoplexie.

Injectons de chlorhydrate de morphine à la dose initiale de 3 milligrammes. En décembre, les hallucinations sont beaucoup moins fréquentes; mais elle est toujours effrayée, et n'a pas encore conscience de son état de maladie. La dose est de 12 milligrammes. Elle est successivement portée à 6 centigrammes, matin et soir, et maintenue pendant les mois de février et mars. L'amélioration s'est

accentuée; les hallucinations ont disparu, la malade se rend compte de son état. Les doses sont abaissées pendant le mois de mars, et, le 31, elle sort guérie.

Juin 1882. — La guérison ne s'est pas démentie. Mlle Mol... vient me voir de temps en temps. Elle tient le ménage de son père. Elle est restée un peu originale, mais elle l'a été toute sa vie.

Autre fait. — *Folie lypémanique, caractérisée par des hallucinations et idées de persécution. Traitement morphinique. Guérison. Dose maximum, 48 centigrammes.* — La nommée Boub... est entrée dans mon service le 15 mai 1875, dans un état de folie caractérisée par des hallucinations et des idées de persécution.

L'examen des sens ne révèle rien de particulier. Elle se plaint d'avoir eu des étourdissements, accompagnés de phosphènes. Elle sent comme des piqûres d'épingle sur le côté de la tête, à la région pariéto-temporale; et chaque fois qu'on y touche, elle éprouve une sensation piquante. « Beaucoup de mes cheveux sont tombés, me dit-elle; je sens courir des poux et des punaises. » Depuis la guerre, son esprit est resté embrouillé, puis elle s'est crue peu à peu en butte aux injures et menaces de ses voisines. Elle entendait une voix de somnambule qui lui donnait des ordres. Elle a cherché à se noyer, à se jeter du haut de la maison. Elle ne prenait plus soin ni d'elle-même, ni de son ménage.

Commencement du traitement par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine, à la dose de 3 milligrammes, derrière l'oreille droite.

Le 40 juin, la sensation de picotements dans la tête a disparu; l'injection faite à l'avant-bras est de 48 milligrammes jusqu'en juillet, où la dose est abaissée, par suite de non-tolérance, puis cessée tout à fait.

L'état de cette femme est un peu amélioré à cette époque, mais elle n'a pas encore conscience de sa maladie.

Au mois de septembre, les hallucinations reparaissent ainsi que le délire. Je reprends les injections de morphine, qu'elle supporte bien jusqu'à la dose de 9 centigrammes, matin et soir.

Le 8 décembre, elle n'éprouve plus de picotements dans la tête; mais, en avril 1876, elle croit encore à la réalité de

ses hallucinations passées. La dose est abaissée ultérieurement à 3 centigrammes.

Le 31 mai 1877, elle sort guérie.

1882. La guérison ne s'est pas démentie. Cette femme vient me voir de temps en temps.

Folie lypémanique. Refus de manger, de travailler. Dysmnésie. — Traitement par la morphine. Dose quotidienne maximum, 7 centigrammes. — Mlle B..., couturière, vingt-cinq ans, malade depuis six ans, à la suite de quelques contrariétés de famille.

Mélancolique. Ne se croit pas comme les autres. Refuse de travailler, de se nourrir. Perte de mémoire dont elle a conscience.

Le 5 juillet 1880. Traitement par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine, à la dose initiale de 5 milligrammes.

Le 7 août, 35 milligrammes matin et soir. Vomissement. Beaucoup de somnolence.

Le 30 août. La malade travaille, reconnaît qu'elle se fait de fausses idées; mange bien.

En septembre, état stationnaire.

En octobre, l'amélioration se prononce; la dose de morphine est progressivement abaissée.

En décembre, la malade va très bien. Les injections ont été continuées le soir pendant quelque temps à 40 milligrammes, à cause d'insomnie.

Folie lypémanique. Guérison par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine. Dose quotidienne maximum, 6 centigrammes. — Mlle Aub..., vingt-quatre ans, malade depuis deux ans, à la suite de frayeurs et de contrariétés affectives.

Céphalalgie. Changement de caractère. Elle devient taciturne, se cache dans les parties les plus reculées de la maison. A suivi un traitement tonique et hydrothérapique, sans résultat.

Traits réguliers; face pâle. Pas d'ataxie de la langue ni des lèvres; pas d'inégalité pupillaire; sensibilité normale; parole lente. Ordinairement mutisme et un peu de stupeur. Se croit devenue imbécile et serait bien heureuse de mourir.

Le 6 octobre 1879, Traitement par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine,

A la dose de 20 milligrammes, matin et soir, elle commence à causer avec les personnes qui la soignent. Nausées et vomissements. A la dose de 30 milligrammes, matin et soir, qui a été atteinte en quinze jours, elle commence à prendre part aux occupations du ménage.

Les doses, élevées jusqu'à 45 milligrammes, sont abaissées, et le 14 novembre la guérison est complète.

S'est mariée depuis sa sortie, et continue de très bien se porter.

Folie lyémanique. Idées hypochondriaques. Hallucinations de l'ouïe. Guérison par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine. Dose quotidienne maximum, 8 centigrammes. — M^{me} Mor..., quarante-cinq ans, malade depuis cinq ans, néglige sa famille, prend des habitudes de vagabondage, abandonne le travail, et déraisonne continuellement. Elle crache toujours et prétend qu'elle a dans le voile du palais un trou par lequel s'échappent ses idées. Elle a des hallucinations de l'ouïe, à la suite desquelles elle a des crises de colère et de pleurs. Elle a été traitée pendant cinq mois par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine. La dose maximum a été de 82 centigrammes en quatre fois par jour. La guérison a été obtenue en dix mois et persiste depuis trois ans.

Folie lyémanique, causée par des hallucinations de l'ouïe; guérison. — La nommée An..., soixante-trois ans, est entrée le 16 août 1875 dans mon service, avec du délire de persécution, des hallucinations de l'ouïe et de l'odorat, des tendances hypochondriaques.

Cette femme est atteinte depuis onze ans de surdité et de bourdonnements d'oreille. Elle a commencé, il y a sept ou huit ans, à entendre des voix de femmes qui se moquaient d'elle et à croire qu'on la poursuivait.

Pâleur de la face, traits réguliers, pupilles égales. Pas de phénomènes ataxiques, de trouble de la parole; sifflements d'oreille.

Aucune conscience de son état. Elle est persuadée de la réalité de ses hallucinations; anémie.

10 septembre. — L'état restant le même, traitement par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine.

Dose initiale, 3 milligrammes deux fois par jour.

26 septembre. — La dose est arrivée à 9 centigrammes en deux fois, matin et soir. La malade n'a plus d'hallucinations

ni de tintements d'oreille ; elle nous remercie des bons soins que nous lui avons donnés, et reconnaît qu'elle était malade. Elle admet que les voix qu'elle entendait étaient le fait de la maladie.

3 octobre. — Physionomie éveillée, n'a plus eu d'hallucinations.

25 octobre. — Suspension du médicament.

18 novembre. — La malade sort guérie. — Je l'ai revue depuis, un certain nombre de fois jusqu'en 1880 ; la guérison s'était maintenue. Elle est morte de pneumonie en 1880.

Comment ne pas admettre la possibilité de guérison des vésanies les plus graves, lorsqu'en assiste à l'amélioration de la malade suivante que je vous présente :

Hallucinations. — Excitation maniaque. — Incohérence absolue. — Amélioration. — La nommée W..., 30 ans, a eu une première atteinte de folie à l'âge de 18 ans.

Elle a fait à Sainte-Anne un premier séjour de cinq mois. Rechute en 1877. — Sortie en 1879.

Rechute en décembre 1880. — Elle est amenée dans mon service :

Incohérence absolue d'actes et de paroles. — La physionomie exprime la stupeur par moments ; dans d'autres, elle montre les arbres, elle menace les malades ; en frappe plusieurs. — Elle crache au visage de ceux qui s'approchent d'elle. Elle se traîne à terre ; elle se vautre dans les ruisseaux ; elle prend du sable et de la terre et elle s'en met dans la bouche.

Les jours de pluie, elle mouille un linge d'eau sale et s'en frotte la figure. Elle se remplit la bouche de cailloux.

Elle a des hallucinations de l'ouïe ; elle entend des voix qui partent du sol.

Lorsque je lui parle, elle m'injurie avec de gros mots, elle me crache au visage et elle me dit entre autres, que j'ai quelque chose de dérangé dans le grumeau (*sic*). Cet état a duré près de deux ans.

Je l'ai traitée par le drap mouillé et les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine.

Elle est aujourd'hui, mai 1882, dans un état très satisfaisant depuis trois mois.

Sa physionomie est avenante ; sa tenue est raisonnable. Elle travaille à la couture ; elle reste personnelle et elle a peu d'initiative.

Elle ne présente plus de délire, et ses réponses sont justes. Elle reconnaît avoir été bien malade. Elle a la mémoire des choses présentes. Au point de vue de guérisons ou de grandes améliorations possibles, ce cas m'a frappé beaucoup, parce que cette malade représentait le type de l'incohérence et de la déchéance absolues.

En résumé, je crois que l'on peut répondre à mon ami, M. Luys, par des faits observés pendant un temps suffisant, que la folie chronique peut guérir même après cinq ans et que des malades peuvent rentrer dans la société.

Quelques-uns, ainsi que je l'ai déjà dit ici en 1874 (1), conservent « quelque chose d'anormal dans leur habitus » extérieur, dans leur manière d'être, dans leur sensibilité, « ou bien encore il leur reste un certain degré d'originalité, » mais j'ajoute que ces malades offraient fréquemment ces particularités de leur esprit et de leur caractère avant l'accès de folie, et que ces originalités ne sauraient pas plus motiver le divorce qu'elles n'ont empêché le mariage.

Paralyse générale

II. *Relativement au second point*, c'est-à-dire à la paralyse générale, je ne serai pas affirmatif comme mon savant ami, M. Luys.

Des auteurs que l'on doit croire ont observé des cas de guérison de cette redoutable maladie.

Un malade a été observé par Morel. Il était atteint de paralyse générale ; mais sous l'influence de la *puissante dérivation* qui résulta d'une suppuration du foie d'une *abondance incalculable*, il revint à la santé, et reprit son industrie de teinturier.

Un autre malade paralysé général fut observé par Ferrus, pendant vingt-cinq ans après sa guérison (2).

Il existe encore des observations, publiées par Fabre (guérison consécutive à une amputation de cuisse) (3) et par M. Baillarger (guérison consécutive à une amputation de jambe). La guérison a été constatée cinq ans encore après (4).

(1) *Annales méd.-psych.* 1874, t. II, p. 233.

(2) Lasègue (Thèse d'agrégation), p. 72.

(3) Fabre (Thèse).

(4) *Annales méd.-psych.* 1858, t. IV, p. 310.

Une observation de guérison d'un paralysé général, est due à Pinel (4). La guérison s'est maintenue dix ans.

Je vous présente un M. C... que j'ai guéri d'une paralysie générale, déclarée incurable par un de nos maîtres les plus autorisés.

Paralysie générale guérie. — M. C..., âgé de trente-huit ans, courtier, est sobre ; mais s'est surmené par le travail. La maladie a débuté, vers le 20 septembre 1877, par des troubles de la parole, des idées de grandeur, du tremblement de la marche, de l'inhabileté manuelle et de la fièvre. Le 10 octobre, il est déclaré paralysé général par un éminent aliéniste.

Je le vois, le 12 octobre, dans un état fébrile intense, avec du tremblement de la parole, de l'ataxie considérable des mains, de la langue, des lèvres, de l'incohérence, des idées de grandeur, de richesse. Je le fais placer dans la maison du Dr G...

Dans les jours qui suivent, amaigrissement considérable, titubation, inclinaison à droite pendant la marche, qui n'est possible qu'avec l'aide d'un bras ; état fébrile. T. axill. 39° 5. T. post-auriculaire, 38° 5. Sueurs profuses, eschares aux mains, délire de grandeur, d'exagération, incohérence, parole incompréhensible. Incontinence d'urine et de fèces. A la suite de la pose de deux cautères à la nuque, d'applications répétées de vésicatoires à l'occiput rasé, qui sont entretenus, et de prises quotidiennes de 40 centigrammes d'ergotine, la fièvre diminue, il se produit de l'amélioration.

Le 10 novembre, l'apparence générale est meilleure. L'amaigrissement a cessé. Il n'existe presque plus de tremblement de la parole. Pupille droite plus large.

Le traitement est continué.

21 novembre. — Pas d'ataxie de la langue ni des lèvres.

La pupille droite est plus large ; à peine un peu de tremblement de la parole. Le malade marche bien, se porte sur ses épaules, il reprend de l'embonpoint. La physionomie est redevenue intelligente.

Il me dit qu'il a eu un transport nerveux et sanguin à la tête ; il se souvient n'avoir pas vu sa femme depuis près de six semaines, mais il m'assure avec conviction qu'elle

(4) *Annales méd.-psych.* 1858. Séance du 28 juin.

va accoucher fin décembre (cela n'est pas, elle doit accoucher en avril); qu'il a six garçons (rien de tout cela n'existe), que sa femme a eu quatre filles en deux accouchements pendant sa maladie. Du reste, il ne persiste pas dans ses idées, lorsque je lui dis qu'elles sont fausses.

Même traitement.

4 décembre. — Apparence raisonnable, a la mémoire des dates, des jours, est un peu indifférent pour sa famille. Quelques idées ambitieuses relatives à la maison de commerce dans laquelle il est employé; ces idées proviennent d'hallucinations de l'ouïe, qu'il nous raconte avec une grande précision. Il peut de nouveau signer son nom, et prononcer nettement quelques phrases.

Phosphate de chaux, — arsenic, — continuer l'ergotine et les cautères.

31 décembre. — Etat physique meilleur. L'inégalité pupillaire persiste. Il raconte chaque jour, avec une grande conviction, des choses nouvelles qu'il a entendu dire : ainsi, qu'il part ce soir pour Nice, qu'il est associé à partir de demain avec ses patrons, qu'il va le soir aller à l'Opéra, qu'il faut qu'il sorte pendant quelques heures pour aller à l'enterrement de sa femme et de sa mère. — Un deses amis vient le voir le jour où il parle de cette dernière idée délirante, et lui déclare que sa femme et sa mère se portent bien. Il l'embrasse avec effusion, en lui disant qu'il en est bien heureux, qu'il était malheureux de ce qu'on lui avait dit.

Il paraît avoir des hallucinations le jour et la nuit.

La mémoire revient, il se souvient des jours où on vient le voir, parle de faits récents et anciens.

Il manifeste de l'indifférence à l'endroit de sa famille, ne demande pas à la voir, et lorsque son ami vient le voir, il le quitte sans regret.

Le traitement est continué.

9 janvier 1878. — La parole et la mémoire sont nettes; il reste encore de l'inégalité pupillaire.

Devant deux de ses amis, qui sont tout étonnés de la transformation, il parle avec précision et netteté de sa famille, demande où est sa femme, exprime le désir de la voir, parle de ses affaires, de ses espérances d'association avec son patron, de la gestion de sa société de secours. Son langage est posé et exact. Même traitement.

27 février. — Le malade peut être considéré comme guéri ; il se rend compte de tout ; n'a plus d'ataxie ; la mémoire et la parole sont normales ; il reste de l'inégalité pupillaire. Il a eu une entrevue très bonne avec sa femme, qui le retrouve tel qu'avant sa maladie. — Avec moi il parle d'une façon très naturelle de ses idées délirantes passées ; il est résigné à ne reprendre, d'après mes conseils, ses travaux qu'en octobre. D'ici là, il doit aller dans l'Oise, chez des frères, où il continuera le même traitement.

3 mai. — Il revient de province et va très bien. La parole est nette. Il ne présente plus d'ataxie. Au jour, les pupilles sont égales, mais à la lumière artificielle la droite est un quart plus large que la gauche.

Entretenir les cautères.

1 dragée d'ergotine tous les jours.

4 granule de dio-coride chaque jour.

30 juin. — La guérison se maintient.

Juin 1881. — J'ai revu ce monsieur un certain nombre de fois. La guérison s'est maintenue. Il est gérant d'une maison de commerce importante. Il a supporté sans faiblir, il y a deux ans, la mort de sa femme, et il s'occupe de ses enfants en bon père de famille.

Voici encore une femme qui est entrée, il y a plusieurs années (en 1875), dans mon service, dans un état de paralysie générale à la deuxième période.

OBS. — *Paralysie générale à la deuxième période. Traitement par les bains froids. Guérison ou arrêt de la maladie depuis sept ans.* — La nommée Bi..., quarante ans, entre dans mon service le 25 mai 1875. Il y a quinze mois, elle est tombée dans un chagrin profond causé par la perte de sa fortune, et cet état mélancolique n'a pas cessé depuis. Peu à peu, son intelligence et sa mémoire ont diminué d'une façon notable. Elle est devenue insouciante, négligente, prodigue.

Depuis un an, les règles ont cessé et son état n'a fait qu'empirer. Plusieurs fois, elle a eu des accès de fièvre, avec chaleur et frissons.

Dans les derniers temps, elle voulait rester couchée et laissait aller sous elle (urine et fèces). Elle n'a jamais eu d'attaques convulsives, n'a pas prononcé de paroles incohérentes, n'a jamais manifesté d'idées de richesses, ni paru avoir d'hallucinations.

A son arrivée, nous constatons de l'inégalité pupillaire, la gauche plus large. La malade ne reconnaît pas le poivre à l'odorat, et n'est pas impressionnée par l'odeur de cette substance. Sa langue présente de l'ataxie et un peu de tremblement fibrillaire à la pointe et sur les bords. On note encore un peu de tremblement dans tout le corps, surtout dans les membres supérieurs, principalement dans le gauche. Les mains étendues ne peuvent rester immobiles, et la gauche est prise d'un tremblement très accentué. La sensibilité générale est un peu obtuse dans les bras et à la face. La force musculaire est suffisante; la marche se fait bien, mais lentement. La malade est valide, elle gâte. Sa physionomie est sans expression, et il n'est pas possible de savoir son âge, de lui faire dire si elle souffre; toutes les questions la laissent indifférente.

— Un bain quotidien de 12 à 14 degrés, pendant dix minutes.

8 octobre 1875. — On peut maintenant converser avec elle. Peu à peu, le tremblement fibrillaire et l'ataxie ont disparu. La malade le constate elle-même et sa physionomie en exprime une satisfaction naturelle. La malade sait le jour, le mois, son âge; mais elle croit être ici depuis le mois de mars et n'a pas conscience de son état.

La pupille gauche est plus large; la parole un peu énoncée. A l'odorat, elle prend du poivre pour du tabac et en éprouve une sensation piquante; elle le reconnaît à la vue. — La malade ne gâte plus; elle est propre, aide au ménage. — Aménorrhée.

Continuer les bains froids.

16 décembre. — Les règles, disparues depuis deux ans, reviennent aujourd'hui avec abondance et ne sont pas arrêtées par le bain froid.

27 décembre. — L'état s'améliore progressivement.

La malade a toutes les apparences de la santé, sa physionomie exprime l'intelligence. Elle sait le jour, le mois, la date de son entrée. Pupille gauche plus large.

Sa parole est encore un peu énoncée; la langue n'offre plus d'ataxie, mais un léger tremblement fibrillaire. Pas de tremblement des membres. La malade reconnaît le poivre à l'odorat; sa sensibilité et sa marche sont normales. Elle reconnaît avoir été très malade, dit qu'elle n'avait plus d'idées, mais elle ne parle pas encore avec assez de calme

de ses chagrins, de sa mère malade, de ses antécédents.

Depuis quarante-cinq jours, les bains sont pris à 20 degrés.

10 avril 1876. — Les règles reviennent de temps en temps. L'amélioration continue. La malade écrit à sa mère une lettre très bonne et dont les caractères sont bien tracés. Pupille gauche plus large.

Bains à 14 degrés.

27 juillet 1876. — Son état est tout à fait bien, la mine très bonne. Pas de menstruation depuis trois mois.

Elle a conscience d'avoir été bien malade, me dit qu'elle marchait lentement, qu'elle faisait sous elle, et me remercie de mes soins avec effusion: La parole présente encore par moments un peu d'hésitation.

Elle se souvient de la date de son entrée, ne présente plus d'ataxie, la marche est rapide et n'est plus embarrassée, mais l'inégalité pupillaire persiste, la gauche plus large.

Elle me dit que les pertes d'argent sont la cause de sa maladie. Elle sort à la demande de sa sœur.

15 octobre 1878. — Je l'ai revue plusieurs fois. Elle va bien, travaille. Elle prend tous les deux jours, pendant dix minutes, un bain froid à 15 degrés. Elle n'a conservé de sa maladie qu'une très légère inégalité pupillaire, un peu d'embarras de la parole (diminution de netteté de l'articulation) et d'étonnement de la physionomie.

Mai 1882. — Je l'ai revue plusieurs fois par an.

Elle continue à prendre ses bains froids.

Elle tient le ménage de sa mère.

J'ai analysé en quelques lignes l'observation d'une des malades de mon service dont l'état d'amélioration permet la rentrée dans son ménage après six ans.

Paralysie générale subaiguë à la deuxième période.
— *Traitement par les bains froids et les révulsifs; rémission depuis six ans.* — La nommée Fau..., trente-trois ans, est entrée à mon service à la Salpêtrière, le 28 octobre 1876, dans un état d'excitation maniaque.

Orpheline de bonne heure, élevée sans soins, la malade a été, encore jeune, victime d'un viol. Elle a eu, à dix-huit ans, la fièvre typhoïde. Mariée, il y a deux ans. On a remarqué alors qu'elle avait une intelligence peu développée, qu'elle était peu instruite, ne sachant ni lire, ni faire grand chose, se mettant facilement en colère contre son mari, et

ne pouvant pas supporter les ennuis ordinaires de la vie.

Depuis un an elle a éprouvé des douleurs de tête très vives, généralisées, presque continuëles, mais plus intenses au front et aux tempes. Ces douleurs, qui ont disparu depuis peu, se sont accompagnées, dans les derniers temps de vomissements, de pleurs.

Depuis le début de sa maladie, il y a trois semaines, survenue sans apparence de fièvre ni trouble de la parole, elle présente des idées de richesses; elle disait que sa fortune était faite, qu'elle avait des millions, et elle donnait de l'argent à tort et à travers, alors qu'elle avait été très intéressée autrefois.

Depuis quinze jours, elle s'est mise à s'agiter, à parler sans cesse, et cet état a nécessité son placement. Elle entre dans mon service le 18 octobre 1876.

29 octobre. — Front moyen, crâne régulièrement conformed.

Pupilles inégales, la droite plus large. Elle paraît bien voir, bien entendre, prend l'odeur du poivre pour celle du camphre; elle parle continuellement; la voix est enrouée, la parole un peu étonnée.

Pas de douleur rachidienne, mais la pression de la fosse iliaque gauche détermine une vive douleur. Force musculaire suffisante. Pas d'anesthésie, ni d'hypéresthésie.

Elle me dit son nom, prétend avoir vingt-quatre ans, être mariée, avoir douze enfants.

Au milieu de phrases incohérentes, impossibles à comprendre, on distingue les mots: « couronne, million, empereur, honneur. Nous avons toutes les couronnes, j'avais la grandeur. — Nous allons faire les honneurs aux médecins, c'est moi qui million, et c'est l'empereur; » elle entremêle ses paroles de chants.

Agitation cette nuit.

Température rectale 37°, 4; post-auriculaire gauche 36°, 6, Cette température est de 3° au-dessus de la normale.

Vingt saignées à la région mastoïdienne gauche.

Elle dit être bien malade, sait mon nom, croit être ici depuis sept à huit mois. La marche est normale, la force musculaire suffisante; 64 pulsations. La malade est tranquille, couche sans être attachée, n'enlève plus les pièces de son pansement, s'occupe du ménage. Les cautères sont entretenus.

Février. — La température derrière les oreilles est maintenant de 32°, 2.

Bains froids d'abord à 20 degrés puis à 12 degrés, d'une durée de dix minutes. — Entretenir un vésicatoire et deux cautères à la nuque.

22 avril. — Mine de bonne santé ; la malade mange bien, engraisse, travaille à la couture.

Pupille droite toujours plus large.

Elle croit être ici depuis deux ans ; prononce facilement les mots de cinq à six syllabes, mais son langage est encore incohérent. — Elle reste assise toute la journée.

23 mai. — Elle parle d'argent, du viol dont elle a été l'objet et dit ne pas être malade, avoir toute sa raison. Continuation des bains. Eschare au sacrum.

28 janvier 1878. — Caractère toujours très difficile. Parole nette, pas d'ataxie de la langue. Mémoire à peu près intacte. Il n'existe plus d'idées délirantes, il reste de l'inégalité pupillaire ; la menstruation se fait bien. — L'eschare a duré six semaines. La malade travaille adroitement à la couture.

30 juillet. — Jusqu'à ce jour, les bains n'ont pas été discontinués un seul jour, sauf pendant les périodes cataméniales, et les cautères et vésicatoires entretenus.

Glace et compresses éthérées sur la tête.

30 octobre 1876. — Temp. rectale, 39°, 6.

Vésicatoire à la nuque ; Kr B 5 gr. en lavement.

2 novembre. — Même état. Incohérence et exubérance de langage.

4 granules de digitaline Nativelle par jour ; Kr B. 5 gr. en lavement ; 2 cautères au sinciput.

9 novembre. — L'agitation persiste. Apparition des règles.

16 novembre. — Elle se plaint d'être malade. Elle reçoit ce matin la visite de son mari, le reconnaît et l'appelle par son nom. La fièvre a cessé. Entretenir les cautères ; 4 granule de digitaline Nativelle par jour.

4 décembre. — Elle cause d'une façon raisonnable, demande où elle est, pourquoi on lui met la camisole, dit que cela n'est pas nécessaire et elle promet de rester tranquille.

23 décembre. — Parole très annoncée par moments. Pupilles inégales, la droite plus large. Elle ne sait pas le mois, mais dit que nous serons bientôt à Noël.

Son langage est toujours incohérent. Elle dit « qu'on la

persécute, que tout le monde lui en veut, qu'on veut la faire guillotiner, qu'elle est morte, qu'elle a été enterrée, mais qu'elle est revenue. »

1^{er} janvier 1877. — Toujours loquace et incohérente, parole mieux articulée. Pas d'ataxie de la langue ni des lèvres. Pupille droite plus large.

La physionomie respire la santé la meilleure. La parole est nette, rapide. La mémoire est entièrement intacte; les facultés intellectuelles sont à peu près normales. Il n'existe plus de délire; je constate seulement un peu de loquacité et d'enfantillage. Le caractère reste difficile; mais cette défectuosité remonte à l'époque de sa fièvre typhoïde.

En résumé, cette femme était atteinte de paralysie générale subaiguë, caractérisée par de la fièvre, des idées délirantes de grandeur, de richesses, de l'exubérance et de l'incohérence du langage, de l'ataxie des muscles de la face, de la langue, des eschares, des troubles de la parole. — La maladie s'est arrêtée par un traitement consistant en révulsifs cutanés et en bains froids de dix minutes à la température de 12 degrés.

La possibilité de guérir ou d'améliorer, jusqu'à leur rentrée dans la société, certains paralyvés généraux, ressort en outre des guérisons que l'on obtient des manies congestives et de lypémanies congestives.

J'ai traité dans ces dernières années deux individus qui présentaient, l'un le type de la manie congestive, l'autre celui de la lypémanie congestive accompagnée d'attaques épileptiformes.

Tous deux sont guéris. Voici une note sur chacun.

Manie congestive. Traitement par des vésicatoires et des cautères à la nuque pendant six mois. Guérison. — M. L..., âgé de trente-huit ans, a été frappé de manie congestive à la suite de travaux excessifs et d'une spéculation effrénée à propos de la fête du 30 juin 1878. La manie congestive a été caractérisée entre autres, dans ce cas, par des idées de grandeur, de richesses, par un délire absolument incohérent et absurde. La maladie que j'ai soignée par un traitement révulsif et dérivatif très énergique, a pu être arrêtée dans sa marche. Ce monsieur a repris la direction de sa fabrique importante (200 ouvriers), et il va très bien.

Un M. G... a été pris de lypémanie avec idées de régénération du monde, actes absurdes, impressions de livres

et de gravures qu'il a distribués en quantité énorme; attaques épileptiformes; idées hypocondriaques ayant pour sujet les intestins et la vessie. Un traitement approprié fait cesser tous les phénomènes depuis un an.

En résumé, quoique rare, la guérison de la paralysie générale n'est pas impossible; et puisque cette maladie, lorsqu'elle ne guérit pas, a une durée déterminée, je pense que la demande de divorce devrait être écartée.

En résumé, le divorce devrait être accordé lorsque, par supercherie et par tromperie, la famille d'un conjoint ou un conjoint qui est atteint d'épilepsie, de folie intermittente, de dipsomanie et d'imbécillité, n'en aura pas averti l'autre famille et l'autre conjoint.

Un mariage conclu pendant un intervalle lucide ne devrait pas être valable.

Le divorce serait accordé si l'un des conjoints prouvait, dans une enquête, que son conjoint est un de ces buveurs incorrigibles chez lesquels les excès alcooliques déterminent de la folie, fût-elle même transitoire.

Le divorce serait encore accordé à tout conjoint qui prouverait que son conjoint est devenu, depuis le mariage, dément alcoolique. La démence devrait durer depuis cinq ans.

Le divorce ne sera accordé pour aucun autre cas d'aliénation mentale, quelle que soit sa durée.

En tout cas, le divorce, pour cause de folie, ne serait pas prononcé sans une enquête et sans une consultation de *cinq médecins*, qui ne rédigeraient leur rapport qu'après trois examens au moins de l'aliéné, à quatre mois d'intervalle entre chaque examen.

La séance est levée à six heures.

D^r PAUL GARNIER.

SÉANCE SUPPLÉMENTAIRE DU 17 JUILLET 1882

Présidence de M. DALLY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

Lecture d'une lettre de M. le D^r Solivetti qui remercie la Société de l'avoir nommé membre associé étranger.

M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société la nomination de M. Dagonet, comme chevalier de l'ordre de la Légion d'honneur, et le félicite de cette récompense si justement méritée.

Statue de Pinel.

M. LEGRAND DU SAULLE. — J'ai l'honneur d'informer la Société que M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts vient d'accorder, sur ma demande, une nouvelle subvention de cinq mille francs pour le monument élevé par les médecins aliénistes français à la mémoire de Ph. Pinel, sur la place de la Salpêtrière. Cette subvention s'applique spécialement aux deux statues en pierre qui décoront le piédestal.

J'ai vu le statuaire, à cette occasion, et je lui ai commandé la *Science* et la *Charité*

L'allocation ministérielle suffira pour couvrir les frais de la décoration du piédestal. Quant au piédestal lui-même, il sera construit avec la libérale souscription (4,589 francs) que le Conseil municipal de Paris a bien voulu récemment voter, sur le devis que je lui avais présenté.

Je suis pénétré de reconnaissance vis-à-vis des pouvoirs publics, mais je regrette qu'un grand nombre de nos collègues de Paris, des départements et de l'étranger ne nous aient pas encore fait parvenir leur adhésion et leur offrande. Le comité de la statue Ph. Pinel a compté sur le concours unanime de la grande famille médicale aliéniste; même aujourd'hui, il a le ferme espoir que ses espérances ne seront pas déçues.

La souscription atteint presque le chiffre de 25,000 fr. Il ne nous faudrait plus que 2,000 ou 2,500 francs pour pouvoir faire face à toutes les dépenses consenties. Incidemment, je préviens la Société que le statuaire a demandé à reprendre les débris de plâtre qui a servi à la fonte du groupe monumental de *Pinel brisant les fers des aliénés*. C'était son droit et je n'y ai pas mis obstacle.

M. BIGOT demande que les dessins de la décoration du piédestal soient soumis à la Société.

M. LUNIER propose que la commission pour la statue de Pinel se réunisse pour délibérer à ce sujet.

La proposition de M. Lunier est adoptée.

Discussion sur les asiles d'aliénés criminels (suite).

M. FALRET, rapporteur de la commission, rappelle que la commission a été nommée pour préparer les éléments de discussion en séance sur ce sujet; M. Falret fait remarquer que la commission, composée absolument de membres peu favorables à la création d'asiles d'aliénés criminels et représentant cependant la Société qui compte dans son sein des membres dont l'opinion est toute différente, a été embarrassée pour dresser des conclusions et s'est bornée à présenter quatre questions comme objet d'étude. Tout en donnant son avis sur ces quatre questions, la commission fait observer que leur solution devra être précédée d'une question préalable : « Y a-t-il lieu de créer des asiles d'aliénés criminels ? » Cette question préalable, qui est de principe, doit précéder les autres questions qui ne sont que de détail.

M. DELASIAUVE. — La commission peut toujours donner les raisons qui ont motivé son opinion à l'égard des asiles d'aliénés criminels.

M. LUNIER. — La question principale est de savoir s'il convient d'introduire dans la loi des dispositions spéciales concernant les aliénés criminels; cette question doit précéder la question de la création des asiles d'aliénés criminels.

M. MOTET. — Il conviendrait tout d'abord d'étudier les types d'aliénés auxquels conviendraient ces asiles. Existe-t-il des individus qui, ayant commis un crime, sont capables d'en commettre à nouveau, s'ils sont rendus en liberté? Ces individus forment-ils une catégorie d'aliénés? Et si cette catégorie existe, faut-il alors un asile spécial pour la recevoir?

M. LE PRÉSIDENT propose d'inviter la Société à se prononcer par vote sur l'ordre d'étude à adopter soit d'après le mode proposé par M. Motet, soit d'après la proposition de la commission, l'étude préalable de l'utilité des asiles d'aliénés criminels, soit d'après M. Lunier, l'étude des modifications à introduire dans la loi sur les aliénés criminels.

M. FALRET. — Messieurs, permettez-moi de vous donner les opinions de la commission et pour cela de vous faire ressortir brièvement les points spéciaux du travail de M. Motet sur l'asile de Broadmoore.

Les aliénés criminels, dans leur rapport avec les mesures judiciaires anglaises, forment quatre catégories : les uns sont reconnus comme aliénés par le juge d'instruction ou plus tard au cours du procès, et il en résulte à leur égard une ordonnance de non-lieu ; d'autres sont reconnus comme tels pendant le jugement ; enfin les autres sont devenus aliénés, mais après leur condamnation. Cette dernière catégorie est envoyée à Broadmoore ; les aliénés de la troisième sont remis à l'autorité administrative. Notre commission pense que la magistrature, pour cette catégorie, devrait être souveraine, sans intervention administrative tant pour le maintien que pour la sortie de ces aliénés. Quant aux aliénés des deux premières catégories, reconnus malades avant les mesures judiciaires, ils sont placés à Broadmoore, mais dans des conditions réservées soit par l'autorité administrative, soit même par des commissions spéciales. Nous sommes d'avis que les aliénés de ces deux catégories soient toujours placés dans des asiles ordinaires, alors même qu'on admettrait des asiles spéciaux pour les deux autres catégories.

En définitive, si la Société se prononce pour l'utilité d'étudier les mesures législatives spéciales et la création d'un asile spécial pour les aliénés criminels, la commission propose d'étudier la série des questions suivantes :

Faut-il créer un asile spécial ou des mesures législatives spéciales pour les aliénés dits criminels, ou suffit-il d'avoir, dans chaque asile, un quartier de surveillance ou de sûreté pour les aliénés dangereux ?

Dans le cas où la Société se prononcerait pour la création de mesures législatives spéciales et d'un asile spécial :

Première question.

A quelles catégories d'aliénés cet asile et ces mesures seraient-ils applicables ?

1° Aux condamnés seulement ?

2° Aux aliénés homicides seulement ou bien à tous les genres de crimes ? (Vols, incendies, outrages aux mœurs.)

3° A tous les aliénés ayant passé devant les tribunaux ou à certaines catégories seulement ? (Avant, pendant ou après le procès ?)

4° A tous les aliénés dangereux venant des autres asiles ?

Deuxième question.

Quelles seraient les dispositions spéciales de localités ou de règlements à recommander pour la sécurité intérieure de cet asile central ?

Troisième question.

Quelles mesures législatives devrait-on proposer pour l'admission, le séjour ou la sortie des malades de cet asile spécial ?

Quatrième question.

Quelle serait l'autorité chargée de prononcer sur l'entrée, le séjour ou la sortie de ces malades ?

Serait-ce la magistrature, une commission exclusivement médicale ou une commission mixte ? Comment cette commission serait-elle composée et par qui serait-elle nommée ?

M. LE PRÉSIDENT invite la Société à se prononcer sur cette dernière question.

M. MORET. — Pour répondre aux différentes questions soulevées par M. Falret, il faudrait une étude approfondie à laquelle je ne peux me livrer en ce moment. Je resterais donc dans la question générale, d'autant que chaque jour des éléments nouveaux augmentent mes convictions anciennes à ce sujet. Je ne saurais trop le répéter, la sécurité sociale doit passer avant l'intérêt individuel.

Aliéné ou non, tout criminel doit être placé dans des conditions telles qu'il ne puisse plus recommencer. Or, l'examen des mesures légales et administratives prises actuellement vis-à-vis des aliénés criminels peut servir à éclairer la question.

Récemment, je suis commis à Bicêtre à l'effet d'examiner l'état mental d'un sieur X..., qui, arrachant à un sergent de ville son sabre, l'en avait frappé à la cuisse. Or, le jour où je suis allé voir le sieur X..., il allait être mis en liberté par le chef de service qui ignorait l'acte commis par l'aliéné, et n'avait eu connaissance ni du dossier, ni de la note du commissaire de police ; l'individu venait de Sainte-Anne, où on l'avait envoyé parce qu'il y avait déjà été enfermé six fois ; il n'y avait pas eu de comparution devant le juge d'instruction et le chef de service mettait en liberté le nommé X... parce qu'il constatait qu'il n'était plus fou. Je demande que les renseignements qui manquaient dans ce cas-là soient toujours communiqués aux chefs de service ;

mais comment fournir trois mille renseignements pour les trois mille aliénés ainsi placés ? et, en province où l'aliéné est envoyé avec une simple fiche...

M. LEGRAND DU SAULLE. — A la préfecture, j'ai toujours fait des certificats très détaillés, je n'ometts jamais d'inscrire l'acte commis lorsqu'il m'est connu ; de même pour les transferts en province.

M. MOTET. — Oui, de telles précautions pourraient être employées, mais par mesure administrative, et alors des questions budgétaires et financières s'y opposeraient. L'aliéné dangereux ne doit plus rester à la merci du conseil départemental, communal ou du préfet, il doit être à la charge de l'État.

Je voudrais encore, Messieurs, vous montrer les aliénés à un autre point de vue, au point de vue de leur contact avec les magistrats.

Ainsi, par exemple, un individu commet un vol de 25,000 francs, à l'aide d'un chèque falsifié, s'enfuit à Alger avec une maîtresse, dépense la somme, enfin est arrêté ; pendant l'instruction, on apprend qu'il avait été autrefois enfermé à Sainte-Anne, et voicidans quelles circonstances : il s'était servi en chemin de fer d'un billet de parcours périmé, avait injurié l'inspecteur de la ligne qui lui adressait des observations à cet égard ; arrêté, il écrivit des lettres de diffamation, et alla même jusqu'à manifester des craintes d'être empoisonné par la nourriture qu'on lui servait. Il fut enfermé à Sainte-Anne obtint par lettre de grâce remise de sa peine et, quelques jours après, fut guéri.

Lorsque je l'ai interrogé, à son retour d'Alger, il me fit cette réponse caractéristique, « que les 25,000 francs lui avaient été remis pour faire des études sur les chemins de fer algériens. » M. B. anche et Lasègue, qui l'ont examiné ainsi que moi, l'ont déclaré aliéné ; mais cet homme a passé par la chambre des mises en accusation ; une chambre de mise en accusation ne peut se désister, car il n'y a pas une mesure judiciaire qui lui permette de se désister. Mais cet aliéné n'est pas protégé ; que va-t-on en faire ? faut-il le garder, jusqu'à ce que, ayant recouvré la raison, il repasse devant la cour d'assises ?

M. LUMIERE connaît un idiot qui a attendu vingt ans sa comparution devant la cour d'assises.

M. BLANCHE. — Oui, mais c'est un idiot.

M. MOTET. — Je termine en disant qu'à ce sujet, médecins et législateurs sont fréquemment embarrassés à cause de leur responsabilité vis-à-vis de ces aliénés, et que c'est à cause de cet embarras des deux côtés que je suis hostile à l'institution des commissions absolues.

M. DAGONT. — Je n'admets pas que la magistrature ou une commission judiciaire juge s'il est à propos d'envoyer les individus dans des maisons d'aliénés; les trois quarts des aliénés deviendraient criminels, si des circonstances n'intervenaient. Je ne suis pas absolument hostile à une maison de santé, à une maison de force, mais j'exige que la commission chargée d'y envoyer les aliénés soit exclusivement « étiquée ». Un individu a commis un acte criminel par suite d'aliénation; cette aliénation peut être consécutive à une fièvre typhoïde ou autre maladie aiguë, et ce seront des magistrats qui, appréciant la nature du cas, enverront le sujet à Gaillon; d'ailleurs les aliénés dangereux ne constituent qu'une faible minorité.

M. DELASIAUVE. — Étant aliéné, un individu commet un crime, avant tout il est aliéné, c'est-à-dire irresponsable; mais si par le fait de son état normal, il est à craindre qu'un même acte ou un autre acte criminel soit commis, il constitue alors un aliéné dangereux; mais la loi permet de pures distinctions. Enfin, il y a des coupables qui, pendant l'expiation de leur peine, deviennent aliénés; ce sont ceux-là qu'il faut séquestrer et isoler des autres aliénés, particulièrement en vue d'une promiscuité immorale; enfin, cette question de danger est très variable; il y a des individus qui tuent pendant un accès d'aliénation mentale, et qui après ne tuent plus jamais; il y en a d'autres chez lesquels le meurtre ou la tendance au meurtre se répète.

M. LUXIER. Si tous les individus qui après avoir commis des actes réputés criminels ont été l'objet d'une ordonnance de non-lieu pour cause d'aliénation mentale et mis à la disposition de l'administration, étaient séquestrés *ipso facto*, la question serait singulièrement simplifiée; malheureusement il n'en est pas toujours ainsi.—Il resterait, dans tous les cas, à déterminer à quel moment et dans quelles conditions les aliénés ainsi internés pourraient être mis en liberté. Leur séquestration sera-t-elle perpétuelle comme le voulaient Esquirol et Aubanel? ce serait à mon sens aller trop loin. Se

contentera-t-on de la déclaration du médecin traitant ? je préférerais que la question fût soumise à une commission dans laquelle les médecins auraient la majorité, je n'y contredis pas, mais où figureraient en même temps des représentants de la magistrature et de l'administration.

M. LE PRÉSIDENT fait remarquer à M. Lunier que la question n'est pas là.

M. LUNIER. — C'est là la question ou une des questions ; il y a encore un point à examiner : dans quels établissements spéciaux faut-il placer ces malades et même faut-il les placer dans des établissements spéciaux ? La promiscuité, dont on peut ne pas se préoccuper à Paris, présente parfois de graves inconvénients en province. Je suis donc partisan d'établissements spéciaux, qui seront non pas des prisons, mais des asiles comme celui de Broadmoor ;

M. DAGONET. — J'ai dans mon service un paralytique général qui a été condamné à trois mois pour vol d'un chandelier, on ne peut cependant l'enfermer dans un asile spécial.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix de décider s'il y a lieu de créer des asiles spéciaux et étudier les mesures administratives et judiciaires spéciales ainsi que la création d'un établissement spécial pour les aliénés criminels.

18 votants. — Oui : 40.

M. LE PRÉSIDENT propose d'imprimer les questions soumises par la commission au sujet des asiles des aliénés criminels et d'en adresser un exemplaire à chaque membre, qui pourra ainsi en prendre plus facilement connaissance.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Dr CHARPENTIER.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Le divorce et l'aliénation mentale à l'Académie de médecine et dans la presse médicale.

Dans le dernier numéro des *Annales*, nous avons publié le discours de M. Blanche sur le divorce et l'aliénation mentale, prononcé à la séance de l'Académie de médecine du 9 mai 1882. La communication de M. Blanche a été le point de départ d'une importante discussion entre cet éminent aliéniste et son collègue, M. Luys. Nous la reproduisons textuellement, en même temps qu'un excellent article publié dans la *Gazette hebdomadaire* par M. Dechambre sur le premier discours de M. Luys.

† *Académie de médecine. — Séance du 30 mai 1882.*

M. LUYs. — Messieurs, vous avez entendu, dans la séance du 9 mai, notre honorable collègue, M. le docteur Blanche, vous exposer brillamment ses vues et ses sentiments sur une question toute d'actualité, qui occupe en ce moment les esprits dans le monde politique et social : la question du divorce au point de vue de l'aliénation mentale.

Mon collègue, au nom de son expérience personnelle, a très nettement formulé son opinion, et, dans un discours qui vous a vivement impressionnés, il a conclu au rejet du divorce et à l'indissolubilité du lien conjugal. Il a fait ainsi un chaud plaidoyer en faveur de l'aliéné. Son opinion, ainsi formulée, a été accueillie favorablement par la commission spéciale du divorce de la Chambre des députés, et je dirai même par un assentiment sympathique de la part de cette assemblée.

Il me faut évidemment avoir une certaine hardiesse pour venir ici prendre la parole sur une question en quelque sorte déjà jugée, et qui semble avoir gagné les esprits. Mais l'amour de la vérité qui m'anime, la bienveillance avec laquelle vous m'avez, Messieurs, toujours écouté, m'engagent à entrer dans la lutte, et à vous exposer, aussi brièvement que possible, les raisons qui pour moi plaident en faveur

de la dissolubilité du lien conjugal, — dans les cas de folie dûment constatée, et ne portent à demander l'application du droit commun, le divorce, aux unions dans lesquelles un des conjoints est frappé de maladie mentale. Vous voyez que c'est la thèse diamétralement opposée à celle de M. le Dr Blanche que j'ai l'honneur d'exposer devant vous.

La thèse que je combats repose sur des arguments de nature différente : les uns sont d'ordre purement médical, les autres d'ordre sentimental. — Nous allons successivement les passer en revue.

I

Dans le premier ordre d'arguments, le point capital du débat, celui auquel est attachée la véritable solution du problème est celui-ci : — On ne peut affirmer, dit M. Blanche, que la folie soit toujours une maladie incurable; il y a des circonstances dans lesquelles elle déjoue tous les calculs, et dans ce domaine spécial des misères humaines tout semble soumis à l'exception, c'est l'irrégularité et l'imprévu qui dominent. Il cite à l'appui de son opinion le fait d'une malade qui aurait récupéré la raison au bout de quinze ans et qui serait sortie guérie.

Il parcourt ensuite les différentes divisions du cadre nosologique, en constatant que, dans tous les groupes morbides, on est exposé à rencontrer des résultats imprévus et à se heurter à des impasses. Pour lui, il n'est pas cliniquement possible d'affirmer, dans un cas donné, à quelle époque la raison peut être irrémédiablement éteinte, et à quel autre moment elle peut encore présenter quelques lueurs capables de remettre en action la vie mentale.

C'est là, comme vous le sentez, Messieurs, le pivot naturel autour duquel doit tourner la discussion, car s'il était cliniquement prouvé que la folie, au bout d'un temps donné, ait fatalement produit dans l'esprit des désordres incurables, tout serait dit sur la question, et l'application de la loi du divorce découlerait d'elle-même, puisque la situation mentale de l'individu malade serait réglée d'une façon définitive.

Les faits allégués par mon honorable contradicteur ont-ils donc une portée aussi puissante, et cette observation unique, sur laquelle il s'appuie, sans détails précis, sans diagnostic motivé, est-elle seule capable de servir de soutien à une thèse aussi lourde?

Sur ce point spécial permettez-moi, Messieurs, d'en appeler aux souvenirs de tous ceux qui, comme moi, ont eu l'honneur de travailler sous la direction de Louis, alors

qu'il inspirait les adeptes de la Société médicale d'observation. On se souvient des principes de cette école si sévère en fait de documents scientifiques, et qui avait pris pour devise cette maxime si précise de Morgagni : *Numerandæ et perpendendæ sunt observationes*.

Qui de vous accepterait d'établir, non pas une doctrine médicale, mais bien plus, une doctrine sociale, sur l'appui d'une simple observation ou de récits faits de mémoire, et dépourvus des véritables conditions normales d'une observation clinique? Nous n'y trouvons aucun des chapitres demandés en pareille circonstance. Ni l'étiologie, ni la symptomatologie de la maladie, ni surtout le diagnostic ne sont présentés, et je demande à mon savant collègue la permission de m'étonner de le voir se servir d'un tel argument pour base d'opération, et pour conclure ainsi qu'il a été fait.

On nous dit que la malade en question est sortie guérie, qu'elle avait récupéré la raison. Mais cela est rapidement exprimé, et l'analyse psychologique de cette malade guérie fait complètement défaut. — Dans quel état mental était-elle donc, cette ressuscitée de la folie, qui, pendant quinze ans, a été frappée de mélancolie? — Dans quelles proportions son activité mentale était-elle encore respectée? Était-elle apte à se conduire avec discernement et à faire œuvre utile de ses facultés réveillées?

Il y a là évidemment un vide qui nous échappe et qui constitue pour nous un document incomplet n'ayant cliniquement aucune valeur pour affirmer ce qui est en discussion.

Je demande donc, pour édifier ma croyance sur ces cas de guérisons inespérées, des observations cliniques bien prises, bien suivies, avec un diagnostic et une étude régulière mois par mois de la marche de la maladie et des allures présentées par elle. C'est alors, après avoir compulsé les registres des notes mensuelles, que l'on pourra dire avec certitude que tel ou tel malade, frappé d'aliénation depuis douze à quinze ans, a récupéré la raison et qu'il a pu reprendre son rang dans la vie sociale.

Donc, ces exemples de guérison de la folie à longue échéance qui emportent avec eux un caractère d'étrangeté si spécial, je ne les nie pas en principe. Mais il me sera bien permis de dire que je n'en ai jamais vu, que je n'en ai rencontré jusqu'ici aucune observation péremptoire et vraiment scientifique, — que tout ce qui se répète à ce sujet repose sur des observations vaguement anecdotiques, incomplètement suivies; — et qu'en définitive, s'appuyer

dans l'espèce sur une base aussi fragile et aussi mal assurée pour combattre une demande de divorce, sous prétexte de résurrection de la raison même au bout de quinze ans de trouble mental (j'en fais mes bien sincères excuses à mon honorable collègue), c'est raisonner en dehors des faits communs et acceptés de tous, et concourir à maintenir une législation défectueuse.

Et maintenant, me direz-vous, au bout de combien de temps admettez-vous le passage à l'état chronique d'un état psychopatique donné? — A partir de quelle époque supposez-vous que l'état de démence soit devenu incurable et l'individu incapable de reprendre sa place dans la vie commune?

Ma réponse sur ce point, Messieurs, sera catégorique; elle résulte de mes observations statistiques prises sur un grand nombre de malades, que j'ai pu suivre dans les différentes périodes de la maladie, pendant de longues années.

J'admets une durée moyenne de maladie de quatre ans pour les hommes et de cinq ans pour les femmes. Les influences sympathiques de la vie utérine semblent retarder chez les femmes l'invasion de la démence. Au bout de ces limites, le processus morbide a été bien étudié par le médecin. Il l'a vu sous ses aspects variés, dans ses périodes d'exaltation et de rémission, et il est aussi assuré de se prononcer avec certitude sur son évolution naturelle, que lorsqu'il s'agit d'un sujet tuberculeux, d'un cas de cancer, d'une tumeur blanche, etc. — Il sait quand l'individu est frappé à fond et qu'il y a des désordres anatomiques graves dont il ne pourra plus se relever. Et cela se comprend de soi-même, en effet.

Quand on assiste pendant de longues périodes aux oscillations d'une maladie mentale, on assiste pareillement, chez l'individu frappé, à des troubles de la circulation encéphalique qui se succèdent avec les crises d'excitation et de dépression. Il se fait, sous des causes indéterminées, des bouffées de congestion et d'ischémie dans l'encéphale, et ces troubles circulatoires se répètent itérativement à mesure que la maladie vieillit. Ils entraînent à leur suite des exsudations, des dépôts sanguins dans la trame cérébrale, et ces atrophies du cerveau si caractéristiques, que l'on trouve chez les vieux déments, qui amènent la destruction lente et graduelle des instruments de l'activité cérébrale.

Là où un phénomène fluxionnaire s'est produit une première fois, un autre va se produire encore dans un délai déterminé, si bien qu'en raison des conditions fatales d'organisation du substratum cérébral, la première attaque de

folie va se répéter avec les lésions chroniques qui l'éternisent, et de là à l'usure, à la destruction lente des réseaux de l'écorce, il n'y a qu'un pas qui s'accomplit tous les jours par une sorte de contagion progressive d'un élément nerveux mortifié, qui frappe également de mort ses congénères auxquels il est associé.

C'est ainsi que la démence arrive peu à peu, par le fait des lésions chroniques intracérébrales, et qu'on est amené à dire : qu'un cerveau humain, du moins à notre époque et appartenant au milieu parisien, est incapable de résister plus de quatre à cinq ans aux efforts de la destruction qui sont faits dans sa trame par les courants sanguins déchaînés et les perturbations circulatoires de diverse nature qui viennent troubler sa nutrition régulière.

Telle est la loi de la vie pathologique du cerveau de l'aliéné. Une fois les premiers coups portés, il est destiné à succomber peu à peu sous l'influence des lésions primitives, et on peut dire que tous les jours il perd une parcelle de sa vitalité et se rapproche de l'état de démence et d'usure organique. C'est ainsi que les maladies mentales occasionnées par des lésions organiques, — l'idiotie, la paralysie générale, — ont une évolution fatalement progressive avec démence inévitable au bout de leur course.

La durée de la vie dans la paralysie générale est de trois à quatre ans en moyenne. Dans les asiles privés, alors que les malades sont acclimatés, la vie, dans quelques cas, peut se prolonger jusqu'à sept ans. Mais, quoi qu'il en soit, l'évolution de la maladie est fatale, et, si on parle avec complaisance de certaines rémissions, dans lesquelles les malades ont pu sortir de l'asile et accomplir une sorte de résurrection, ce sont là des cas douteux, à diagnostic incertain. Car le fait inéluctable est là, la paralysie générale une fois constituée, avec ses facteurs morbides tels que je les ai signalés, ne guérit jamais (4). Elle frappe de mort tous les sujets qu'elle touche.

Dans les autres formes de psychopathies, qu'il s'agisse d'hallucinations silencieuses ou loquaces, de lypémanies, de maniaques, d'hystériques, la maladie une fois qu'elle a pris possession de son terrain, le bouleverse à sa manière et y creuse son sillon fatal ; le cerveau résiste plus ou moins longtemps aux assauts qui lui sont livrés ; les troubles circulatoires se répètent d'une façon incessante, et finalement, qu'il s'agisse de formes à marche continue

(4) Voir Luys, *Traité des maladies mentales*. — Paris, 1884, page 520.

ou à marche périodique, le mal est toujours présent; et, par des chemins plus ou moins longs, par des mécanismes variés, le résultat est toujours l'usure des éléments du cerveau, et, par suite, une démence d'autant plus incurable que la substance nerveuse aura été plus fortement endommagée.

Ainsi donc, Messieurs, quelle que soit la classe nosologique que vous examinez, partout vous voyez les efforts du travail de la maladie aboutir lentement à l'incurabilité, au bout d'un temps fixé.

Je ne vous dis pas qu'il n'y ait des cas dans lesquels les efforts du mal ne se ralentissent et n'aient fait que d'effleurer en quelque sorte la trame cérébrale de sorte que les sujets en question, s'ils sont jeunes et intelligents, ne puissent réagir et présenter pendant quelques années des apparences d'un retour à la raison; mais ce ne sont que des apparences. Suivez-les dans la vie privée, voyez les à l'œuvre dans la lutte de tous les jours, vous reconnaîtrez aisément des traces d'affaiblissement des énergies premières, et les rudiments d'une déchéance lentement progressive sous forme d'actes pénétrés et de passivité douce dans les manifestations de la volonté.

En résumé donc, Messieurs, dans cette partie de ma réponse réservée exclusivement à l'examen des points essentiels sur lesquels repose la discussion en litige, j'admets en principe l'incurabilité de certains états morbides bien définis, bien reconnus, la paralysie générale; dans ces cas, dès le début, on peut considérer la maladie comme incurable. — Pour les autres formes morbides, je suis presque aussi absolu, et j'arrive à dire qu'après avoir observé un malade pendant quatre à cinq ans, dans un asile, qu'après l'avoir suivi, examiné sous tous ses aspects, un médecin peut toujours arriver à se prononcer sur l'avenir de ce sujet et à le classer, oui ou non, parmi les cas curables ou incurables sur lesquels on peut légalement statuer; et qu'en définitive, les cas de guérisons tardives que l'on cite sont dépourvus des garanties scientifiques que l'on est en droit de demander à des observations péremptoires.

II

J'arrive maintenant, Messieurs, à la seconde partie de ma réponse, celle dans laquelle ce sont principalement les arguments de sentiment qui sont mis en avant.

Mon très honorable collègue, avec une grande élévation de pensée et de sentiments, vous fait un tableau pathétique de l'aliéné séparé des siens pendant un temps plus ou

moins prolongé et, de par la loi de divorce, rendu à la liberté. Il se trouve alors, dit-il, sans foyer, sans assistance, mis hors de l'asile dans lequel il ne peut plus rester et privé d'une famille qui n'est plus rien pour lui. — Ce tableau mis ainsi en saillie serait saisissant s'il fallait y voir une expression correcte de la réalité. C'est évidemment là une création à effet destinée à solliciter l'émotion, mais qui dans la vie pratique est irréalisable.

Je n'ai pas à m'étendre actuellement sur les considérations de toutes sortes qui s'opposent à la réalisation d'un tel ordre de circonstances. Mais ce que j'ai surtout l'intention de mettre en évidence devant vous, c'est la contrepartie du tableau de l'aliéné, que mon honorable collègue a laissée dans l'ombre, — c'est sa famille, — c'est le conjoint de l'aliéné.

Certes, Messieurs, nul plus que moi ne proclame combien la situation de l'homme qui a perdu la raison est digne d'une véritable commisération. Une fois l'événement produit, on le soigne, on le recueille avec assistance, et on s'efforce de le relever, de lui faciliter son retour dans la société et de lui prodiguer tous les soins possibles. C'est là qu'est le devoir strict. — Mais, pendant ce temps, cet homme a des attaches dans la vie. Il a une femme, il a une famille dont l'existence est aussi violemment bouleversée par sa disparition forcée. C'est là qu'il existe aussi une situation poignante, bien digne pareillement de solliciter l'attention des moralistes et des législateurs, et en faveur de laquelle vous me permettrez bien de dire quelques paroles, car jusqu'ici on n'a vu que l'homme tombé dans la lutte, et on n'a pas vu ceux qui restent, le conjoint demeuré isolé dans la vie, et qui, désormais privé de son soutien naturel, va passer de longues années, dix, quinze et vingt peut-être, dans l'attente des longs espoirs et des illusions décevantes. — Sa vie sociale est brisée, et, s'il est jeune encore, il doit renoncer à l'espoir de se créer une famille, et se contenter d'attendre patiemment la fin de la lutte, jusqu'au moment où les progrès de la maladie, ayant usé la victime, lui rendront en même temps une liberté tardive.

Combien ce supplice, en vertu duquel une créature bien vivante et bien complète se trouve légalement liée à une autre, va-t-il durer de temps ? — Toute la vie direz-vous, jusqu'à ce que la nature ait prononcé. — Et c'est ainsi qu'au nom de l'indissolubilité du lien conjugal, au nom d'une fausse opinion médicale sur la période à laquelle arrive fatalement la démence dans les maladies mentales, vous

allez condamner un être sain, en pleine floraison, à être attaché à un être déchu, diminué de la plus noble partie de lui-même, à un véritable *mort vivant* !

Sur ce point, je sais, Messieurs, que mes paroles vont soulever bien des récriminations, et chacun de vous, suivant la note de sa sensibilité propre, va approuver ou rejeter cette manière de voir. Mais, en somme, la réalité pratique est là, et vous auriez beau exposer à cette tribune les sentiments les plus nobles, faire des appels pressants à l'assistance réciproque des deux conjoints dans le malheur immérité, vous ne pourrez pas changer la nature humaine ; elle est toujours là, présente, avec ses élans d'élévation et ses bassesses latentes.

Que va-t-il arriver, en effet, si, dans le cas de démence confirmée, alors que depuis cinq à six ans le conjoint devient de plus en plus frappé d'hébétéde incurable, alors que toutes les formalités que nous allons signaler auront été prises, vous persistez à maintenir quand même l'indissolubilité du lien conjugal ?

Permettez-moi, Messieurs, de vous le dire en toute vérité. Ce que je vais vous révéler n'est que le résultat brutal de l'observation journalière que tous les médecins aliénistes côtoient dans la vie, et le récit fidèle des misères dont ils sont les confidents obligés.

Les passions malsaines que vous voulez réfréner, vous ne ferez que les faire refluer ailleurs ; et, soyez-en bien certains, au bout d'un temps variable, suivant les natures et les tempéraments, à côté du ménage que vous voudrez artificiellement maintenir, il y aura un ménage collatéral, qui se créera de lui-même, comme dans la séparation de corps, rien que par la seule force des choses et le jeu naturel des passions, si bien que des enfants adultérins naîtront et deviendront ainsi une cause d'aggravation nouvelle.

Je n'insiste pas davantage sur les conséquences sociales d'une telle situation. Ce sont là des faits usuels qui se déroulent par étapes fractionnées, depuis le placement du malade dans un asile jusqu'à une période avancée.

Voyez, en effet, ce qui se passe. Lorsque le malade est confié au médecin, dans les premiers mois, l'anxiété est extrême de la part du conjoint demeuré sain ; la douleur est vive, la contusion morale est en quelque sorte encore chaude. Il raconte itérativement au médecin ses alarmes, ses espérances dans la guérison et ses joies d'une réunion prochaine. Tout est donc la note la plus naturelle.

Peu à peu, lorsque la maladie se prolonge, les visites

sont moins fréquentes, les anxiétés du début ont fait place à une certaine résignation ; on commence à se reconnaître, à se créer de nouvelles habitudes, à prendre quelques distractions.

Au bout d'une année, de deux années de durée de la maladie, le temps semble long. Les visites deviennent plus rares, le malade lui-même ne reconnaît plus ses proches qu'avec quelque difficulté, sa mémoire s'efface. Si bien que le conjoint arrive à s'apercevoir de l'inutilité de ses visites, qui irritent le malade, de l'affaiblissement progressif de ses facultés et de ses sentiments, et il est conduit à demander insensiblement au médecin, par des interrogations plus ou moins directes, à quel moment cette situation sans issue se terminera et quand l'œuvre de destruction totale sera accomplie.

C'est le moment psychologique, dans lequel le conjoint, plus ou moins résigné, est amené à compter avec les nécessités ambiantes. Devant la maladie qui s'éternise, et qui a entraîné avec elle le naufrage de toutes ses espérances d'avenir et de ses félicités présentes, s'il est jeune et bien portant, s'il se sent le courage de recommencer une nouvelle vie, l'occasion l'aidant, il le fait. — Et c'est ainsi qu'une nouvelle famille se crée, par la suite naturelle des passions humaines. Elle est illégale, soit ; mais fatale et nécessaire. Et c'est là le résultat obligé du maintien quand même du lien conjugal ainsi qu'on propose de le faire et qui perpétue, ainsi que je le disais, les scandales de la séparation de corps.

Je sais bien qu'à côté de ces défaillances du sentiment et du devoir, il y a de nombreux exemples de dévouement absolu du conjoint qui soigne un conjoint arrivé aux dernières périodes de la folie avec une sollicitude digne de tous les éloges. Mais il faut raisonner avec la masse et ne faire fond que sur ce qui se passe dans la majorité des cas. Et c'est là le côté le plus épineux de cette question si complexe du divorce dans ses rapports avec l'aliénation mentale, laquelle, posée comme elle l'est, conduit fatalement à la création de ménages irréguliers ainsi qu'à la dépravation des mœurs.

Ce tableau spécial des misères sociales, à propos desquelles on pourrait vous citer maints et maints exemples, fait partie, comme vous le voyez, Messieurs, de la situation même de l'homme frappé d'aliénation mentale. — Il en est en quelque sorte le corollaire obligé, et c'est de la comparaison de ces deux éléments juxtaposés dans la question du divorce, l'aliéné et son conjoint, que devra sortir

l'édition de mesures équitables pour l'une comme pour l'autre partie. — Je demande donc parité de sympathies, pour l'aliéné d'abord, dont l'existence matérielle, soit dans un asile soit ailleurs, devra être légalement assurée avant toutes choses ; — et, pour le conjoint ensuite, je demande à ce qu'il soit, au bout d'un temps déterminé, relevé de l'indissolubilité du lien conjugal, à ce qu'il puisse, à un moment donné, contracter une union nouvelle. — Je demande que les principes du droit commun soient également applicables au conjoint demeuré sain, et qu'enfin, après avoir assuré d'une façon régulière la vie matérielle de l'aliéné, après avoir rempli les formalités que la loi lui impose, il n'arrive plus à voir, dans la situation poignante qui lui a été faite par la société, une condition sans issue possible, un cercle infranchissable sur les limites duquel il devra, comme dans l'Enfer du Dante, laisser toute espérance.

Messieurs, dans les pages qui précèdent, je me suis évertué à formuler des principes généraux et à donner à la thèse que je soutiens une base fixe, scientifique, en rectifiant les raisonnements et la valeur des faits cliniques sur lesquels mon collègue a cherché à établir la doctrine de l'indissolubilité du lien conjugal dans l'aliénation mentale confirmée.

Avant de formuler les diverses dispositions administratives et légales que je voudrais voir appliquer à toute demande de divorce dans un cas d'aliénation mentale confirmée, permettez-moi d'attirer encore quelques instants de votre attention, pour répondre à une objection banale et courante, que vous entendez exposer çà et là par des personnes peu au fait des choses de la pathologie mentale et qui, au premier abord, frappe d'autant plus l'esprit qu'elle dérive d'un sentiment des plus naturels.

Le mariage, dit-on, n'est pas seulement une union de l'homme et de la femme destinée à perpétuer l'espèce et à assurer la stabilité de la famille, c'est encore une association mutuelle contre l'adversité de deux êtres qui se sont choisis volontairement, et les futurs époux comme le prescrit la loi, en contractant mariage, se doivent aide et assistance réciproque. Il est donc du devoir des époux de se secourir dans les maladies, et c'est commettre une lâcheté, une véritable défection au devoir conjugal, que d'abandonner celui qui tombe sur la route. La folie, dit-on, comme toutes les maladies chroniques, est un malheur inmérité qui frappe à tort et à travers, et la dissolution du lien conjugal ne doit pas plus être accordée par le législa-

teur, lorsqu'elle est en cause, que lorsqu'il s'agit des affections chroniques de longue durée qui immobilisent l'individu frappé, et le condamnent à vivre dans un état perpétuel de décrépitude et de langueur.

Cette opinion, si nature le et si généreuse à la fois, frappe tout d'abord par son côté exclusivement sentimental et trouve un écho dans tous les esprits en même temps qu'elle ébranle tous les cœurs.

Mais, Messieurs, examinons encore ici la question de sang-froid, en médecins, en observateurs consciencieux, et demandons-nous tout d'abord si, derrière ces belles phrases, ne se cache pas une erreur d'observation, et si, en un mot ces belles maxims sont bien applicables à la réalité. Nous vous poserons cette question tout d'abord : Y a-t-il donc une parité complète à établir entre l'état de l'homme frappé incidemment de folie, et celui qui est en proie à une maladie incurable et chronique? Evidemment non.

Quoi de plus dissemblable, en effet, que ces deux situations? — Ne savez-vous pas tous que, dans ces derniers cas, lorsqu'il s'agit de maladies chroniques ordinaires, l'individu frappé reste entier avec son unité psychologique au complet? — Il peut être lésé dans tel ou tel viscère, il peut être impotent, que sais je? mais néanmoins ses facultés les plus élevées, les plus nobles, qui constituent son individualité sensitive et vivante, sont encore respectées. Il survit comme chef de famille, comme père, comme époux, comme citoyen. Il compte encore dans la société, il est responsable, et il jouit de tous ses droits.

Et l'aliéné, Messieurs, arrivé à la phase de la chronicité, qu'est-il par comparaison? Hélas! je ne vous ferai pas le tableau lamentable, que vous connaissez tous, de cet état de déchéance mentale de l'être humain, qui a déjà fait cinq à six ans de stage dans le domaine de la folie. — Le mot qui le désigne vous dit tout. Il est devenu étranger, *aliéné* à tout le milieu ambiant, à ses anciennes idées comme à ses anciennes affections. A cette époque, la maladie a accompli son œuvre de destruction; elle a éteint les foyers de l'intelligence et des sentiments, et c'est à peine s'il reconnaît ses proches, s'il se souvient d'eux et leur témoigne quelque reste d'affection.

Voyez-le à ce moment. Ce n'est plus cet être sensible, émotif, que vous avez connu autrefois. Ce n'est plus cet ami bon et affctueux, qui vous accueillait avec un élan sympathique. Non, c'est désormais un être indifférent, au regard atone, sans expression, égoïste et passif, absorbé

par ses visions incessantes, ou plutôt, dans le *néant* de ses pensées, et qui n'a plus rien à demander à la société, puisqu'il n'a plus rien à lui offrir. Il est désormais incapable de se diriger dans la vie, de pourvoir à ses besoins, d'exercer ses droits civils ; et l'asile, avec sa vie méthodique, le respect de ses habitudes, est le seul milieu désormais dans lequel il puisse vivre.

La vie physique persiste seule en lui, et persiste avec une intensité tellement puissante et vivace, qu'on voit un certain nombre de déments chroniques survivre pendant trente et quarante ans au naufrage de leur raison, et poursuivre ainsi une existence inconnue, inutile et silencieuse, alors que les membres de la famille primitive ont depuis longtemps disparu (4).

Eh bien ! Messieurs, en quoi ces situations si dissemblables par leur côté pathologique peuvent-elles être traitées sur le pied d'égalité et susciter la même commisération ? — Des deux côtés nos sympathies sont assurées légitimement vers celui qui souffre et qui en a conscience, et vers celui qui a cessé de souffrir, par suite de la déchéance progressive de sa sphère de sensibilité. Mais ce que je tiens surtout à établir devant vous, c'est la différence complète qui sépare entre eux l'individu frappé dans l'intégrité de ses rouages organiques d'une affection chronique, et demeurant sain, indemne, toujours lui-même au point de vue de ses facultés mentales qui le font ce qu'il est encore, une unité pensante, douée d'affection et d'intelligence ; — et cet autre, qui, lui aussi, touché par un mal implacable, perd d'emblée les facultés les plus exquisées de sa personnalité, les énergies de son esprit, les sensibilités de son cœur, et cesse d'être lui-même, d'avoir conscience des choses de la vie et du milieu ambiant. Alors qu'il est encore physiologiquement vivant, il est complètement mort pour la vie morale et l'affection de ses semblables.

Je n'insiste pas, Messieurs, sur cette objection toute sentimentale, dont j'ai tenu à démontrer l'inanité devant vous. J'ai hâte d'arriver aux conclusions et à l'exposé de mesures médico-légales auxquelles je pense qu'il convient d'avoir recours.

En présence d'un cas d'aliénation mentale qui devient

(4) J'ai vu même un halluciné de bonne famille, qui, pendant cinquante années, a vécu dans un asile, et qui, durant ce long exil de la vie sociale, a vu se dérouler autour de lui toutes les révolutions du siècle, depuis celle de 1830 jusqu'au siège de Paris, sans avoir le moindre souci de ce qui se passait autour de lui.

chronique, c'est-à-dire au bout d'une période de quatre années pour les hommes, et de cinq années pour les femmes, à partir du placement dans un asile, le retour à la raison étant considéré comme désormais impossible, quelle serait la marche à suivre pour éclairer le jugement du tribunal et établir méthodiquement la situation de l'aliéné et celle du conjoint auquel, physiquement et moralement, il a cessé depuis longtemps d'être attaché?

Je proposerais la formation d'une commission arbitrale, constituée par trois médecins aliénistes attachés à des asiles publics ou privés, afin d'éloigner les incompétences intempestives de médecins étrangers à la vie intime des aliénés. Cette commission, une fois qu'elle aurait été saisie de la demande de divorce, aurait pour mission de se rendre une fois par mois pendant une année auprès du malade, de l'examiner avec soin, de faire un diagnostic et un pronostic, de prendre des notes mensuelles, et de voir ainsi quelles sont les oscillations de la maladie, si elle suit une marche progressive ou rétrograde. — Si au bout d'une année révolue l'état stationnaire est maintenu, elle pourra alors formuler un jugement.

Dans la pratique, de deux choses l'une: ou bien l'aliéné en question sera déjà complètement en démence, avec abolition plus ou moins complète des facultés mentales, ou bien il sera encore lucide dans certaines limites et apte à présenter certaines espérances de retour à la raison.

Dans le premier cas, le jugement de la commission médicale sera rapidement formulé; puisque l'état d'hébétéude frappera d'emblée l'attention des juges. Dans le second cas, la prescription de l'examen mensuel pendant une année permettra d'élucider la question et de se prononcer avec certitude sur l'évolution régulière de la maladie en activité. Il est évident que, pendant cette longue période d'observation, on sera à même de pouvoir reconnaître dans quel sens l'état du malade se sera ou amélioré ou aggravé.

Le jugement définitif, affirmatif ou infirmatif, de l'état de démence confirmée, ne sera donc, dans ces cas, porté qu'avec une extrême circonspection; et, dans chaque cas particulier, la commission sera toujours toute-puissante pour suspendre son jugement et remettre à l'année suivante pour rendre un arrêt définitif.

Je considère, en outre, comme une mesure indispensable et primant toute demande de divorce, la présentation préalable de garanties financières destinées à assurer la vie matérielle du conjoint dont on va demander la séparation.

Quant aux difficultés de procédure dont il vous a été

fait l'exposé, et à la situation d'un conjoint divorcé sans le savoir, après un retour invraisemblable à la raison, ce sont là des situations hypothétiques, sur lesquelles nous n'avons pas ici à statuer. — C'est à proprement parler le domaine des légistes que nous envahissons et auxquels nous n'avons qu'à soumettre des indications générales : — la possibilité, dans l'état actuel de la science, de reconnaître l'état de démence chez un aliéné ; l'incurabilité de cet état de démence, et la situation véritablement poignante dans laquelle le conjoint est placé au point de vue de la loi du mariage, alors que cette démence peut durer dix, quinze et vingt ans et le laisser ainsi dans une situation irrégulière, avec une existence brisée et de nouvelles habitudes acquises.

C'est là, Mesieurs, un argument que je livre à vos méditations, et, sans cesser d'être les défenseurs naturels des malades confiés à nos soins, nous, médecins aliénistes, sachons voir ce qui se passe autour de nous, dans ces intérieurs de famille dont un membre est disparu moralement, alors qu'il existe encore au physique comme un véritable *mort vivant*. Là il y a aussi des situations sympathiques, là il y a aussi des êtres qui souffrent et qui demandent à la loi un adoucissement à leur douleur et à leurs espérances brisées. A cet égard, l'admission du divorce, quelque pénible qu'elle soit si on ne se place qu'au point de vue restreint de l'aliéné, deviendra au contraire, envisagée à un point de vue plus général, une proposition salutaire et douée d'une action véritablement moralisatrice.

En conséquence, je résumerai ma pensée, comme conclusion, dans la proposition suivante à introduire dans la loi :

La folie, dans certains cas déterminés, peut être considérée comme une cause de divorce.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie

(Numéro du 2 juin 1882.)

Puisque la question du divorce appliqué à l'aliénation mentale revient à l'Académie de médecine, ne craignons pas de nous y arrêter pour la troisième fois ; car il s'agit ici d'intérêts sacrés, du principe même de la famille.

L'intention de l'honorable M. Luys, dans son attachante lecture, était, il l'a dit, de renverser successivement sur le terrain clinique et sur le terrain « sentimental » les arguments de ceux qui défendent l'indissolubilité du lien conjugal dans le cas où, postérieurement au mariage, la folie

vient à frapper un des conjoints. A notre sens, il n'y a réussi ni d'un côté ni de l'autre; et son argumentation, si variée et si déliée, loin d'ébranler notre opinion, l'aurait plutôt affirmée.

M. Blanche (car c'est lui que l'auteur a plus particulièrement pris à partie) avait soutenu que le principe clinique sur lequel on prétendait asseoir le droit au divorce, à savoir l' incurabilité absolue de certaines formes d'aliénation mentale, était fort sujet à contestation et recevait de temps à autre des démentis formels; il avait montré en perspective à la commission de la Chambre un époux sortant d'un asile après un séjour de plusieurs années et se heurtant chez lui à un remplaçant, à des enfants qui ne sont pas les siens. Que répond M. Luys? Cet homme que vous croyez guéri ne l'est pas. Observez-le bien, il a des bizarreries de caractère; ses idées ne sont pas toujours justes; elles ne s'enchaînent pas avec une suite parfaite. Si vous pouviez voir sous son crâne, vous y constateriez toutes sortes de modifications pathologiques des méninges et du cerveau. Les cellules surtout vous ne les reconnaîtrez pas tant elles sont changées! — Eh bien! soit: cet homme est menacé de nouveaux accidents; un jour ou l'autre, peut-être, il retournera à l'asile; mais, en attendant, pendant un an, deux ans, trois ans et plus, il aura la possession et presque l'entière disposition de ses facultés intellectuelles: il ne déraisonnera pas un seul instant; il pourra tenir régulièrement ses livres, s'il est commerçant: composer, s'il est littérateur, des ouvrages parfaitement sensés. faire des cours excellents, s'il est professeur; surtout il aura la conscience et recevra l'impression morale de tous les actes qui se passent devant lui. Pas n'est besoin d'être aliéniste pour connaître des cas semblables. Est-ce que ce n'en est pas assez pour créer à ce malheureux, à ce malade, à cet innocent, une effroyable torture devant son foyer envahi, et sous le coup d'un arrêt de justice qui lui en interdit l'entrée? Quant à ces altérations de la substance cérébrale, présumées après tout, chez un sujet actuellement lucide, c'est bon pour un cours de clinique, pour un livre de pathologie, mais point du tout pour l'exposé des motifs d'un projet de loi.

M. Luys, qui voudrait concilier avec sa thèse les sentiments d'humanité dont il est animé autant que personne, offre à l'aliéné une garantie; il attache à sa personne une commission médicale qui serait chargée de l'observer attentivement de temps à autre pendant une année. C'est un moyen qui pourrait médiocrement rassurer le législateur,

témoin de la divergence d'opinions qui s'est produite devant la commission et qui se continue à l'Académie entre les savants les plus autorisés. Que fera d'ailleurs cette commission ?

Son rôle sera de juger si, oui ou non, tel sujet est incurable. Eh bien ! voilà précisément ce que des aliénistes aussi expérimentés que M. Blanche déclarent outrecuidant et périlleux. La particularité du cas importera peu. A moins d'un de ces états ultimes et désespérés sur lesquels on ne discute pas, certains commissaires continueront à affirmer qu'ils ont observé dans ce cas-là même ou la guérison ou au moins des rémissions très longues, tandis que d'autres affirmeront n'en avoir jamais rencontré. Et la question restera ce qu'elle est aujourd'hui. Ajoutez que, si la commission voit se produire sous ses yeux une de ces rémissions, il se trouvera, comme on vient de le voir, des membres pour n'en pas moins conclure à l'excellence du divorce.

Et qu'on ne se prévale pas de ce que la justice appelle à elle, sous le nom d'experts, de véritables commissions médicales. Ces commissions-là ne lient en rien le tribunal, qui juge sur l'ensemble des documents de la cause, et que les divergences les plus radicales entre les médecins n'empêchent pas de rendre un arrêt. Quel parti prendra le juge chargé d'accorder ou de refuser le divorce d'après une donnée clinique sur laquelle les médecins seront en désaccord ?

Pour nous, nous laissons ces disputes d'asile et d'amphithéâtre et nous disons hardiment : En soi, dans son essence même, cette invasion de la pathologie dans le contrat de mariage est anormale et subversive. Jusqu'ici la loi ne s'est enquis de la maladie de ses justiciables qu'à leur profit, pour les décharger de devoirs onéreux, ou pour les soustraire à l'action pénale. Rien de plus juste ni de plus moral : devant la puissance publique, l'infirmité est un malheur, un objet de commisération et de respect. Et voilà qu'on lui demande de la traiter en réprouvée. Et cela pour le plus grand bien du conjoint ou de la conjointe qui, peut-être, aura par sa dissipation, par son inconduite, par l'adultère, provoqué la folie du pauvre divorcé sans le savoir !

Nous disons que cela est contradictoire même avec l'esprit de la législation en ce qui concerne le mariage des aliénés. Loin de chercher dans la démence une cause de dissolution du mariage, le législateur, celui-là même qui avait rétabli le divorce en France, n'a pas prononcé un

revo absolu contre le mariage du dément; il n'a pas édicté à cet égard d'incapacité légale, et, M. Luys le sait certainement aussi bien que nous, plus d'un aliéné a usé de la tolérance, même dans les asiles. Le mariage, accompli dans ces conditions, et en l'absence d'interdiction, n'est pas *de plano* frappé de nullité; car si aux termes de l'article 39 de la loi du 30 juin 1838, tout acte fait par une personne dans un établissement d'aliénés peut être *attaqué* (ce qui ne veut pas dire annulé) pour cause de démence, l'article 180 du Code civil dispose que le mariage qui a été contracté sans le consentement libre des deux époux, ou de l'un d'eux, ne peut être attaqué « que par les époux ou par celui des deux dont le consentement n'a pas été libre », et qui serait, en ce cas, l'aliéné. On peut discuter le mérite de ces dispositions; elles ont du moins l'avantage de ne pas attacher la nullité ou la dissolution au fait matériel de la maladie, mais bien à l'absence du libre arbitre. Elles sont en cela très morales; les autres le sont moins.

Voilà de quoi nous faire classer parmi les *sentimenteux*; et nous le méritons bien. Seulement, nous ne saurions trop comment nous y prendre pour ne l'être point dans une question qui met en jeu le sentiment le plus universel et le plus respecté dans les temps anciens comme dans les modernes : celui de la famille. « Les époux se doivent mutuellement secours et assistance; » c'est ce que nous lisons en tête du chapitre consacré à l'énumération de leurs droits et de leurs devoirs. Il n'est rien de plus sentimental que le Code civil toutes les fois qu'il parle mariage, divorce, séparation de corps, tutelle ou interdiction; et le ton légèrement moqueur d'un passage du discours de M. Luys n'enlève rien à la grandeur de ce devoir réciproque et loyal de supporter en commun les adversités comme les joies de la vie.

Pour qu'il en fût autrement, il faudrait que l'insanité d'esprit de l'un des conjoints créât pour l'autre uné de ces situations qui ne peut résulter d'aucune autre maladie et qui constituât une force majeure, comme il arriverait, par exemple, si l'union conjugale était légalement inséparable de la cohabitation. Mais justement, entre les plus redoutables maux qui assiegent l'espèce humaine, la folie, grâce à des lois tutélaires, est une de celles qui risquent le moins de troubler la paix du foyer. L'aliéné menace-t-il de compromettre la fortune, on peut provoquer son interdiction; est-il dangereux pour ceux qui l'entourent, on peut l'interner; et ces deux sauvegardes, l'assistance judiciaire et l'assistance publique les tiennent gratuitement à la disposition du pauvre. Quelle calamité, au contraire que l'époux épi-

leptique! il est d'une société aimable, celui-là; il a de l'esprit, du talent, un cœur affectueux: il plait, jusqu'au moment où le haut mal le jette dans d'affreuses contorsions, lui tord le visage, lui met l'écume à la bouche, fait pis encore et le transforme en un être hideux et dégoûtant. Il ne déraisonne pas, celui-là; non, jusqu'au jour où le délire impulsif, soudainement, sans aucun prodrome, lui met un poignard à la main et le précipite sur sa femme ou sur ses enfants. Demanderez-vous le divorce contre l'épileptique? Vous entreprendriez une grande besogne; car le nombre est grand de ces malheureux, dont le pieux mensonge des familles cache le mal, sous le nom de syncope à tous les yeux, même à ceux des médecins. Est-ce aussi dans les ménages un faible fardeau que celui d'une phthisie qui met quatre ou cinq ans à se terminer, d'un cancer de l'utérus ou de la face qui peut durer bien plus longtemps encore; d'une tumeur ou d'hémorrhagies répétées du cerveau, qui mettent le patient bien près de l'aliéné? Ce n'est pas M. Luys qui doit s'étonner qu'on rapproche des maladies si disparates, lui, qui vient alléguer à l'appui du divorce un intérêt très-général, très-commun de moralité. Notre confrère ayant supputé la durée moyenne des principales formes d'aliénation mentale, craint que Pénélope ne se laisse enfin d'ourdir sa toile. Mais qu'il me permette sur ce point une remarque. La vraie Pénélope, celle qu'on nous a enseignée, qui est-ce qui l'a maintenue dans la voix de la sagesse, si ce n'est l'attente infatigable de son époux? Et tout le monde sait qu'elle en a été récompensée. Or, c'est une conduite contraire qu'on propose à la femme de l'aliéné; on lui veut une prompte consolation. Sérieusement, croit-on qu'un mari en présence d'un cancer utérin, une femme en présence d'un cancer de la face, seront plus portés à la continence que la conjointe d'un aliéné? Non certes, et voilà encore, si l'on est conséquent, une proie pour le divorce.

On dit encore que l'aliéné, rentré au foyer, y sèmera, même sous des apparences rassurantes, le germe de la folie héréditaire. Nous ne le contestons nullement. Un enfant prédestiné à la folie peut naître de celui dont la folie a semblé toute transitoire. Mais toutes les maladies héréditaires en sont là et la phthisie y ajoute même, dans les circonstances de cohabitation où elle évolue, un principe de contagion. On peut dire en toute sécurité que les époux phthisiques, que l'on n'isole presque jamais de leurs conjoints et du reste de la famille, sont plus féconds en transmissions morbides que les aliénés, presque tous séquestrés pendant un temps plus ou moins long; et, après tout, à

égalité de transmissions, il est permis de se demander s'il est meilleur pour un pays de produire des phthisiques que des aliénés? Une question qui aboutit à ces termes n'est vraiment pas susceptible d'une solution législative.

Une autre préoccupation nous touche, qui ne paraît pas être entrée dans l'esprit de l'orateur. Qui n'a eu occasion, surtout parmi ceux qui ont fréquenté ces classes dites élevées où la fortune ne soutient plus le rang, qui n'a eu occasion de surprendre de ces condamnables spéculations qui mettent au lit d'une jeune fille saine de corps et d'esprit quelque fils d'aliéné, héritier pour le moment du château de ses pères et, pour l'avenir, probablement d'une affreuse maladie? Nous connaissons pour les avoir subies les angoisses du médecin uni à deux familles par des relations professionnelles. Avec le divorce en perspective, mais dans une perspective plus ou moins lointaine et laissant le temps de jouir du présent et de le faire fructifier, quelle nouvelle porte ouverte à la tentation! Enfin, voilà une maladie commode pour un odieux calcul. Si elle n'éclate pas, tout ira bien; si elle éclate, pas d'esclavage conjugal qui vous rive pour un temps toujours trop long au chevet du lit d'un infirme, d'un scrofuleux, d'un gouteux, d'un poitrinaire. Une maison de santé, le divorce, et tout est fini. Ah! dans une société de peu de foi morale, déjà si affamée d'argent, si violemment emportée par le torrent des affaires, tellement avide de jouissances que le souci même de leur recherche empêche de les goûter — *serviunt voluptatibus, non fruuntur* — ce sont de fâcheux procédés que ceux qui tendent à abaisser, par la suppression des devoirs sociaux, une barrière à la cupidité.

Eh bien! un mot. Tout le rapprochement que nous venons de faire entre l'aliénation et les maladies diverses heurte M. Luys. Un fou, dit-il, est bien différent d'un phthisique ou d'un cancéreux; il n'a plus sa personnalité psychique. C'est incontestable, et quand nous prenons les intérêts de l'aliéné, nous n'oublions pas qu'il a perdu la raison. La conséquence brutale, c'est que, en lui, le conjoint ne perd pas grand'chose. Peu à peu, l'aliéné devient insensible à la sollicitude des siens; il finit même par ne plus les reconnaître. Mettons, si vous voulez, qu'il ne les reconnait plus dès le premier jour: la thèse reste la même. C'est un spectacle cruel, révoltant pour un sentimental, que celui d'un malheureux, — victime peut-être; nous l'avons déjà dit, de l'union conjugale, — dont la vie physique et la vie intellectuelle achèvent de le dissoudre dans un coin d'asile, pendant que l'épouse étale, dans une existence nouvelle, la for-

tune qui lui a été gagnée ; pendant que, possédée par l'autre époux à qui il faut plaire, riche de nouveaux enfants qu'il faut élever et amuser, elle est amenée par la force des choses à délaisser entièrement, à oublier celui qui n'a jamais eu d'autre pensée que celle de l'aimer et de l'enrichir. Qu'on en pense ce qu'on voudra, oui, encore une fois, nous sommes sensible à ce genre d'infortune.

A. DECHAMBRE.

Académie de médecine

Séance du 30 mai 1882

M. BLANCHE. — MESSIEURS,

Dans la séance du 30 mai dernier, notre honorable collègue, M. le D^r Luys, nous a lu un travail en réponse à ma communication du 9 du même mois sur la question de savoir si la folie doit être considérée comme une cause de divorce.

Après avoir un peu hésité, il a été décidé, dit-il, par l'amour de la vérité qui l'anime et par la bienveillance avec laquelle vous l'avez toujours écouté. Je dirai, moi aussi, que c'est par amour de ce que je crois être la vérité, et encouragé par votre bienveillance qui ne m'a jamais fait défaut, que je viens vous demander une seconde fois quelques instants de votre temps.

M. le D^r Luys a divisé son travail en deux parties : dans la première, il examine les arguments d'ordre purement médical ; dans la seconde, les arguments qu'il appelle d'ordre sentimental.

Je vais les passer successivement en revue.

Suivant M. le D^r Luys, et je le cite textuellement, j'aurais dit : « On ne peut affirmer que la folie soit toujours » une maladie incurable ; il y a des circonstances dans lesquelles elle déjoue tous les calculs, et dans ce domaine » spécial des misères humaines, tout semble soumis à » l'exception, c'est l'irrégularité et l'imprévu qui dominent ; » et à l'appui de cette opinion, après avoir mentionné le » fait d'une malade guérie au bout de quinze ans, et avoir » parcouru ensuite les différentes divisions du cadre nosologique, en constatant que dans tous les groupes » morbides on est exposé à rencontrer des résultats imprévus et à se heurter à des impasses, pour moi, il ne » serait pas cliniquement possible d'affirmer, dans un cas » donné, à quelle époque la raison peut être irrémédia-

» blement éteinte, et à quel autre moment elle peut encore
» présenter quelques lueurs capables de remettre en action
» la vie mentale. »

Or, voici ce que j'ai dit :

Il est incontestable qu'il y a beaucoup de cas d'aliénation mentale dans lesquels le médecin peut affirmer l'incurabilité, et cette incurabilité peut devenir, pour celui des époux qui conserve la raison, la source des plus grandes douleurs.

J'ajoute que, parmi ces cas, le plus souvent, le malheur pourrait être évité, si les mariages étaient conclus avec une prudence plus vigilante, et que, pour beaucoup d'autres, la période dans laquelle l'incurabilité est devenue définitive et sans rémission est relativement courte. Dans les premiers, je range les affections congénitales qui sont manifestes, et les affections héréditaires qui peuvent être reconnues avant l'âge ordinaire du mariage. Les seconds sont ceux des malades dans le cerveau desquels se produisent ces *bouffées de congestion* et ces altérations multiples que notre honorable confrère nous a si savamment décrites, et qui constituent la grande classe des aliénés avec lésions encéphaliques se traduisant par des troubles du système musculaire. Enfin, un troisième groupe comprend la manie, la monomanie, la mélancolie, la lypémanie, et c'est dans ce troisième groupe que je rencontre les cas dans lesquels il se produit des guérisons à une époque souvent très éloignée du début de la maladie. C'est à propos de ces cas de guérison que M. le D^r Luys suppose qu'on lui demande « au bout de combien de temps il » admet le passage à l'état chronique d'un état psychopathique donné, et à partir de quelle époque, suivant lui, » l'état de démence est devenu incurable, et l'individu » incapable de reprendre sa place dans la vie commune. »

A cette question, M. le D^r Luys répond catégoriquement qu'après quatre ans pour les hommes et cinq ans pour les femmes, le médecin peut être fixé « sur les » désordres anatomiques graves dont le malade est frappé » et dont il ne pourra plus se relever. »

Il m'est impossible d'accepter une semblable sentence pour un très grand nombre de malades, et je persiste à soutenir qu'il y a beaucoup de cas dont on peut dire qu'ils sont passés à l'état chronique sans que cependant ils offrent des signes d'incurabilité certaine, et que, dans l'espèce, cette incurabilité ne peut être affirmée d'une manière absolue que pour les malades qui présentent en même temps des symptômes de lésions cérébrales.

En effet, la chronicité n'implique pas nécessairement et toujours l'affaiblissement, la destruction des facultés, et il est des maniaques, des monomaniaques, des mélancoliques, qui restent ce qu'ils sont sans tomber dans la démence, au sens strict du mot.

Il en est, il est vrai, et ils sont même plus nombreux, chez lesquels se produisent des lésions organiques, mais ces malades, de même que ceux atteints de paralysie générale, n'ont plus, à partir de ce moment, qu'une vie relativement courte, et l'on peut dire d'eux, comme des paralytiques, que c'est une affaire de patience. D'après M. le Dr Luys, la durée de la vie dans la paralysie générale serait en moyenne de trois à quatre ans, et dans les asiles privés pourrait atteindre sept ans; j'ai observé des paralytiques qui ont vécu plus longtemps, mais je ne saurais mieux faire que d'accepter ses chiffres, puisqu'ils sont plus favorables à mon opinion que certains de ceux que je citerais moi-même.

Un point toutefois sur lequel je suis en complet désaccord avec mon honorable contradicteur, c'est celui des rémissions au sujet desquelles M. le Dr Luys s'exprime ainsi : « Quoi qu'il en soit, l'évolution de la paralysie générale est fatale, et si on parle avec complaisance de certaines rémissions dans lesquelles les malades ont pu sortir de l'asile et accomplir une sorte de résurrection, ce sont là des cas douteux, à diagnostic incertain. »

Que M. le Dr Luys veuille bien m'en croire, on peut parler sans complaisance des rémissions dans la paralysie générale, et sans s'exposer à s'entendre dire que ce sont des cas douteux et à diagnostic incertain.

J'ai soigné avec M. le Dr Foville père, un malade atteint de paralysie générale que nous avons suivi jusqu'à sa mort, et pour lequel, par conséquent, aucun doute n'est possible quant à la détermination de la nature de la maladie. Ce malade a eu une période de rémission tellement complète que, sur le conseil d'un éminent confrère, il a été marié; il n'a pas tardé beaucoup, il est vrai, après son mariage, à présenter de nouveau les signes de l'affection cérébrale dont M. le Dr Foville et moi nous avions déclaré qu'il n'était pas guéri.

Un autre, que deux de nos collègues de l'Académie, MM. les Dr Brouardel et Tillaux ont vu, est rentré chez lui depuis près de quatre ans. Il exerce une profession libérale qui exige de sa part d'incessants travaux intellectuels et il est, en plus, investi de fonctions publiques électives qu'il remplit de la façon la plus brillante.

Un troisième, après deux séjours dans un asile, a vécu

de la vie ordinaire pendant plusieurs années jusqu'à la dernière crise qui l'a emporté.

Je pourrais en citer d'autres encore, mais en voilà suffisamment, je pense, pour établir la réalité des rémissions dans la paralysie générale.

Pourrait-on contester davantage les longues rémissions que l'on observe dans la folie circulaire ? Le cas que j'ai cité a eu pour témoin un autre de nos collègues, M. le Dr Moutard-Martin, et ce n'est pas un fait isolé ; j'en ai rencontré beaucoup d'autres. Je ne donne pas le nom de guérisons à ces rémissions, si longues soient-elles ; je n'appelle guérisons que celles observées chez des malades passés à l'état chronique, n'offrant pas de signes de lésions cérébrales, et qui sont rentrés dans leur famille après un séjour de douze, treize à quinze ans dans l'asile.

« Ces exemples de guérison de la folie à longue échéance qui emportent avec eux un caractère d'étrangeté si spécial, M. le docteur Luys ne les nie pas en principe. »

Je le remercie de cette concession.

« Il lui sera bien permis de dire, ajoute-t-il, qu'il n'en a jamais vu, qu'il n'en a rencontré jusqu'ici aucune observation pérennitaire et vraiment scientifique, que tout ce qui se répète à ce sujet repose sur des observations vaguement anecdotiques, incomplètement suivies, et qu'en définitive, s'appuyer dans l'espèce sur une base aussi fragile et aussi mal assurée pour combattre une demande de divorce, sous prétexte de résurrection de la raison même au bout de quinze ans de trouble mental, c'est raisonner en dehors des faits communs et acceptés de tous, et courir à maintenir une législation défectueuse. Il demande donc, pour édifier sa croyance sur ces cas de guérisons inespérées, des observations cliniques bien prises, bien suivies, avec un diagnostic précis et une étude régulière, mois par mois, de la marche de la maladie, et des allures présentées par elle. C'est alors, après avoir compulsé les registres de notes mensuelles, que l'on pourra dire avec certitude que tel ou tel malade, frappé d'aliénation depuis douze à quinze ans, a récupéré la raison, et qu'il a pu reprendre son rang dans la vie sociale. »

Enfin, visant directement les cas que j'ai cités, M. le docteur Luys s'exprime ainsi :

« Les faits allégués par mon honorable contradicteur ont-ils donc une portée aussi puissante, et cette observation unique, sur laquelle il s'appuie, sans détails précis, sans diagnostic motivé, est-elle donc à elle seule capable de servir de soutien à une thèse aussi lourde ? On nous dit

» que la malade en question est sortie guérie, qu'elle avait
» récupéré la raison ; mais cela est rapidement exprimé, et
» l'analyse psychologique de cette malade guérie fait com-
» plètement défaut. Dans quel état mental était-elle donc
» cette ressuscitée de la folie qui, pendant quinze ans, a été
» frappée de mélancolie ? Dans quelles proportions son
» activité mentale était-elle encore respectée ? Était-elle
» apte à se conduire avec discernement et à faire œuvre
» utile de ses facultés réveillées ? »

Voici ma réponse :

J'ai dit que, bien que les maladies mentales passées à l'état chronique, présentant des symptômes de démence, et même lorsqu'elles ne sont pas compliquées de lésions cérébrales, n'offrent que peu de chances de guérison, il serait cependant téméraire de prétendre que ces malades ne guérissent jamais, que dans ma pratique j'en avais vu un certain nombre qui avaient guéri, et que tous les médecins avaient observé de ces guérisons tardives et presque inespérées.

Aujourd'hui, il me faut en excepter M. le Dr Luys, mais il n'a pas encore mon âge; j'espère que quelque jour il viendra vous dire que, lui aussi, il a enfin été témoin de guérisons sur lesquelles il n'avait pas compté.

Quant aux critiques qu'il a dirigées contre l'observation et les faits cités par moi, il me sera facile de les réfuter. Il est très vrai que l'observation de cette malade guérie après quinze ans de maladie ne vous a pas été reproduite par moi avec détails, et c'est volontairement que je ne vous en ai donné que le résumé. En ces matières, la plus grande discrétion est, en effet, de devoir strict, et le médecin ne doit pas s'exposer à ce que les malades dont il parle puissent être reconnus. Mais de ce que j'ai jugé que je ne pouvais pas livrer à la publicité l'observation tout entière, il ne s'ensuit pas qu'elle n'a pas été prise suivant toutes les règles que M. le docteur Luys veut bien me rappeler; et, conformément à ses légitimes exigences, la marche de la maladie, ses différentes phases, sont exactement consignées sur le registre légal de l'établissement, par mois, par trimestre, non sous la forme de notes sommaires, banales, telles que: même état, pas de changement, mais avec la description des symptômes, les rémissions, les exacerbations, de telle sorte que l'on peut suivre la malade depuis le jour de son entrée jusqu'au jour de sa sortie, et ces notes sont rédigées avec une telle réserve que lorsque la malade quitte la maison de santé, elle est indiquée non pas comme guérie, mais seulement comme améliorée, et ce n'est que longtemps

après que j'ai affirmé qu'elle était guérie. Dans ces cas, en effet, la guérison commence dans l'asile et c'est dans la famille qu'elle se continue et s'achève.

Ce n'est pas cette seule observation qui est reproduite tout au long sur le registre légal de l'établissement; si l'y trouve également les observations des autres malades que j'ai dit avoir vus guérir, et toutes relevées avec la même scrupuleuse attention.

Mon honorable collègue invoque le souvenir de M. le Dr Louis. Je l'invoquerai aussi. M. le Dr Louis m'a prouvé dans plusieurs circonstances l'estime dont il m'honorait, et mes observations, je les lui aurais soumises avec confiance, sans craindre qu'il les qualifiât de « vaguement anecdotiques. »

Après avoir attaqué l'observation, M. le Dr Luys semble contester la guérison; il demande « dans quel état » mental était cette ressuscitée de la folie; si elle était apte « à se conduire avec discernement, et à faire œuvre utile » de ses facultés réveillées? »

J'aurais le droit de m'élonner de cette apostrophe. Si bon marché que l'on puisse faire de mon expérience, vous m'accorderez, je l'espère, que je suis capable de discerner un malade guéri d'un malade qui ne l'est pas; je vous ai dit déjà avec qu'elle réserve j'écrivais ce mot sur mes registres, et quand je dis qu'il y a guérison, je puis demander, sans être taxé d'orgueil, que l'on ajoute foi à ma déclaration.

Ah! si je pouvais vous mettre à même de faire une enquête sur cette guérison dont vous doutez, vous seriez bien vite convaincu, et par votre propre examen, et par le témoignage de toute une famille!

Ce n'est pas la seule que je pourrais vous faire constater par vos propres yeux. Il est une autre malade qui a été pendant douze ans, de 1864 à 1880, dans un état de mélancolie avec illusions des sens et hallucinations, qui a dû être interdite, qui aujourd'hui est relevée de son interdiction, et qui a donné, dans les circonstances les plus pénibles, des preuves irrécusables de la fermeté de sa raison.

Une autre encore qui a été soumise à des soins spéciaux depuis 1855 jusqu'en 1873, avec des rémissions incomplètes, est depuis plusieurs années déjà en état de soigner à son tour son enfant atteint d'idiotie; je pourrais ne pas borner là mon énumération et invoquer les témoignages de mon savant ami M. le professeur Lasègue et d'autres de nos éminents collègues.

Voilà pour les arguments d'ordre médical.

J'arrive maintenant aux arguments dits d'ordre sentimental ; je ne m'y arrêterai pas longuement ; les sentiments ne se discutent pas. Je ne puis cependant laisser sans réponse certaines critiques et certaines opinions de M. le Dr Luys.

Mon honorable collègue me reproche d'avoir mis en saillie le tableau « de l'aliéné divorcé pendant le cours de » sa maladie, revenu à la raison, et n'ayant plus ni intérieur, » ni famille, et d'avoir laissé dans l'ombre la contre- » partie de ce tableau, c'est-à-dire celui de l'époux de- » meuré bien portant, qui est ainsi condamné à rester at- » taché à un être déchu et diminué de la plus noble partie » de lui-même. »

Mais n'ai-je pas dit que cette situation était la source des plus grandes douleurs, et, comme tous mes confrères, n'en ai-je pas été souvent le confident ? A la vérité, plus favorisé que M. le Dr Luys, j'ai rencontré moins de défaillances du sentiment et du devoir que de dévouements absolus, et ce qui est pour lui la majorité est pour moi l'exception ; mais je ne fais pas difficulté de reconnaître qu'il est des cas dans lesquels le malheur est impatiemment supporté, et je comprends qu'alors on puisse avoir la pensée d'y mettre fin, en en supprimant la cause. Mais si je le comprends, je ne saurais l'admettre ; je vous ai déjà dit pourquoi, je ne vous fatiguerai pas à vous le répéter.

Je ne puis me décider à ne point considérer l'aliéné comme un malade semblable à tous les autres malades, à beaucoup d'égards, et qui en diffère par deux points qui me touchent profondément : c'est d'abord que sa maladie est la plus cruelle entre toutes, et ensuite, qu'il est, par le fait même de la nature de son mal, incapable de se soigner et de se protéger lui-même, ce qui rend plus impérieux encore, à mes yeux, le devoir d'assistance et de protection que l'on voudrait demander à la loi le droit de ne plus remplir.

On exigerait, il est vrai, que sa vie matérielle fût assurée ; c'est bien déjà quelque chose ; mais à côté de ces aliénés « au regard atone, égoïstes, passifs, absorbés dans le néant » de leurs pensées, » il en est d'autres chez lesquels le sentiment persiste parallèlement à leur trouble mental, qui trouvent dans la visite d'un parent, d'un ami, un soulagement à leurs souffrances, et dont les yeux parlent, alors que leur bouche est devenue muette. Vis-à-vis de ceux-ci, aura-t-on fait tout son devoir lorsqu'on aura pourvu par une pension plus ou moins élevée à leurs besoins matériels, et s'il est des médecins qui réclament davantage, sera-t-on

en droit de leur dire : « Ce sont là de belles phrases sous lesquelles se cachent une erreur d'observation et une fausse opinion médicale ; c'est une création à effet destinée à solliciter l'émotion et irréalisable dans la vie pratique. »

Non, Messieurs, ce n'est pas un tableau à effet que je vous ai tracé ; je n'ai pas cherché à exciter votre émotion ; si vous avez partagé celle que j'éprouvais moi-même, c'est parce que, vous et moi, nous l'avions dans le cœur.

Quant à la mesure proposée par M. le Dr Luys pour établir l'état d'incurabilité d'un malade contre lequel une demande en divorce serait formée, et qui consisterait à nommer une commission arbitrale composée de trois médecins chargés de l'examiner pendant un an ou deux, suivant les cas, vous pouvez vous imaginer, Messieurs, quel serait le plus souvent l'embarras du tribunal.

Pourrait-on espérer, en effet, ainsi que l'a si péremptoirement démontré notre savant collègue M. le Dr Dechambre dans un récent article dont il ne serait pas de bon goût de ma part de faire ici l'éloge, pourrait-on espérer, dis-je, que dans cette commission, les opinions fussent plus unanimes qu'elles ne l'ont été ici même et qu'elles ne le sont, hélas ! le plus souvent, dans les choses de la médecine ? Et me servant à mon tour des expressions de M. le Dr Luys, je dirai : Comment alors faire reposer une disposition légale sur une base aussi fragile et aussi incertaine ?

J'ai terminé, Messieurs.

Vous avez maintenant sous les yeux toutes les pièces du procès. Je ne veux pas m'arrêter avec la pensée que mes efforts auront été impuissants à vous convaincre ; je préfère espérer que je puis m'en remettre avec quelque confiance à votre jugement.

Séance du 20 juin 1882

M. LUYs. — MESSIEURS,

Vous avez entendu dans la dernière séance, mon honorable collègue, le Dr Blanche, essayer de faire devant vous une réfutation en règle des opinions que j'avais précédemment émises au sujet des rapports du divorce avec la folie.

Permettez-moi sur cette question déjà bien débattue, d'invoquer encore votre patience pour me défendre, et pour réduire à leur valeur réelle les objections qui ont été

récemment présentées devant vous. Je serai bref, et comme aucun argument nouveau n'a été émis dans le cours de la discussion, j'éviterai les redites et me contenterai de me circonscrire à quelques points isolés du débat.

Mon honorable collègue, dans sa réplique, s'est complu à accentuer avec plus de netteté les cas de guérisons tardives dont il s'est porté garant, ainsi que ceux de récupération complète de la raison chez des sujets frappés depuis plus ou moins longtemps de maladie mentale.

Il a ajouté que tous les détails des observations citées par lui étaient consignés sur ses registres officiels, que ses amis avaient été à même de vérifier ses assertions; et qu'enfin, si jusqu'ici je n'avais pas été assez favorisé pour rencontrer des cas semblables, cela tenait à mon défaut d'expérience, et que lorsque j'aurai son âge, j'aurai évidemment l'occasion d'en trouver sur ma route.

Vous voudrez bien, Messieurs, vous rappeler que dans l'ordre de la discussion c'était là le point capital du débat et le véritable nœud de la situation. Etablir en effet la curabilité possible d'un cas de folie chronique, même au bout de douze années de durée, c'est couper court d'emblée à toute demande de divorce, puisque, avec une hypothèse semblable, l'individu divorçant ne sera jamais assuré de ne pas voir réapparaître à son foyer le conjoint subrepticement divorcé. Vous voyez aussi combien il est nécessaire d'être fixé à fond sur cette importante question pratique, et combien le diagnostic précis de l'incurabilité d'un cas morbide donné, devient la pierre angulaire de toute discussion sérieuse, et de toute demande de dissolution conjugale.

Je laisse de côté volontiers toutes les tendances d'allusions personnelles que mon honorable collègue a voulu souligner à certains endroits. Je me place d'emblée sur le terrain scientifique et au cœur même de la discussion.

Il s'agit donc des observations citées. J'en fais mes bien sincères excuses à mon savant confrère, mais je trouve encore, malgré tout le désir que j'ai de me ranger à son avis, qu'elles n'ont ni la portée, ni la valeur, ni le caractère clinique qu'il veut bien leur accorder. Il a beau appeler à son secours les témoignages de nos plus éminents collègues de cette assemblée, je ne suis pas convaincu, je le dis en toute franchise. Je lui demande encore la permission de faire mes réserves, et voici mes motifs :

1^o Ces observations ne sont ni *imprimées* ni *publiées*. C'est une tradition orale seule qu'il soumet à notre appréciation. Et quand il s'agit de faits cliniques à discuter,

quelle valeur peuvent avoir, je vous le demande, des observations orales qui vivent, qui meurent avec l'homme qui les soutient, et qui n'ont pas la pérennité du manuscrit qui persiste et que les générations futures peuvent étudier à leur aise ? *Verba volant, scripta manent.*

Comment, avec ces récits éphémères, discuter et établir des données scientifiques stables ?

Ce n'était donc pas sans motif sérieux que je faisais allusion auprès de M. Blanche, dans mon premier exposé, aux traditions de la société médicale d'observation, si sévère et si scrupuleuse dans la discussion et le choix des matériaux destinés à être utilisés.

2° Je fais encore mes réserves, parce que jusqu'ici mon honorable contradicteur semble avoir eu le privilège exclusif de rencontrer sur sa route des exemples de guérisons tardives de maladies mentales. Et voyez ce qui se passe ailleurs : les auteurs ne s'expriment à ce sujet qu'avec la plus grande réserve. Ecoutez Esquirol et voyez combien il est circonspect et en même temps clairvoyant à ce sujet : « Il » n'est pas rare que les individus regardés comme guéris » par leurs parents et même par le médecin, ne le soient » pas entièrement. Ces individus raisonnent parfaitement, » ont repris leurs habitudes, leur manière de vivre, et » remplissent même des fonctions importantes, tandis » qu'il reste en eux quelque chose de singulier, de bizarre » et d'insolite. » (*Esquirol*, t. 1, p. 49.)

Calmeil, dans son *Traité de la paralysie générale* (p. 366), abonde dans le même sens : « Il est des sujets dont les conditions paraissent s'améliorer, dont la progression devient facile, la prononciation beaucoup plus libre : un médecin peu exercé se flatterait d'avoir obtenu une guérison presque complète : lorsqu'on ne perd pas les malades de vue, on voit récidiver les accidents et bientôt on demeure convaincu que l'aliéné n'éprouvait qu'une rémission momentanée. »

Bayle exprimait les mêmes idées (*De la méningite chronique*, p. 533).

Et, à propos des guérisons tardives de la folie, savez-vous combien, dans le court espace de temps dont j'ai pu disposer, j'ai rencontré d'exemples imprimés ? J'ai compulsé toute la collection des *Annales médico-psychologiques*, et je n'en ai rencontré jusqu'ici que trois exemples, cités par Snel dans un journal allemand (*Annales médico-psychologiques*, 1859, p. 403) et, bien plus, ces cas ne sont que très indirectement afférents à la question qui nous occupe. Il ne s'agit pas de sujets tombés dans la période de démence

et devenus inertes et insensibles, état que j'ai désigné comme pouvant autoriser la demande de divorce. Il s'agit au contraire de sujets agités, turbulents, qui au bout de dix à douze années ont récupéré la possibilité de rentrer dans leur famille. Voilà donc jusqu'à présent le bilan de la science aliéniste sur ce point spécial de la pathologie mentale.

Quant à moi, je n'ai pas eu à attendre le nombre d'années que M. Blanche me souhaite d'atteindre pour rencontrer des cas de guérisons analogues à ceux dont il parle ! Mais, c'est précisément parce que j'ai rencontré de ces cas de pseudo-guérisons, que je nie leur valeur. C'est parce que j'ai pu les suivre, dans les familles où ils ont été replacés, que j'ai reconnu des signes irrécusables de défaillances mentales, d'excentricités, de bizarreries du caractère, inappréciables pour les familles toujours disposées à réfuter les critiques que l'on adresse à un malade qui leur est cher.

Mon honorable collègue nous dit encore que les détails des observations cliniques auxquelles il fait allusion sont consignés dans ses registres légaux ; mais n'eût-il pas mieux fait de nous en apporter un résumé ? Et d'ailleurs, quel est celui de nous qui aurait l'inconvenance d'aller lui demander de consulter ses registres ?

Il ajoute encore plus loin, pour corriger ce que ces citations orales peuvent avoir d'incomplet et d'insolite, que la discrétion l'empêche, sinon de parler, du moins d'écrire, et que c'est pour cela qu'il ne communique pas de détails.

Evidemment, Messieurs, ce n'est pas avec le silence qu'on peut s'expliquer et fournir des matériaux utiles pour la science en général et les discussions privées en particulier. Pourquoi donc traiter les questions qui touchent au domaine des maladies mentales autrement que celles qui intéressent les autres cadres de la pathologie interne ou externe ? Pourquoi ces vains scrupules et ces sous-entendus ? Est-ce que vous ne voyez pas tous les jours les chirurgiens, les auteurs de gynécologie, vous citer des opérations de tumeurs abdominales, de kystes de l'ovaire, qu'ils ont fait avec succès sur Mmes X, Y, Z ? Ces lettres qui expriment l'inconnue ne suffisent-elles pas pour l'impersonnalité du sujet ? Et vraiment, je ne vois pas en quoi on aurait forfait à l'honneur professionnel en divulguant les phases de la maladie de telle ou telle personne frappée incidemment de perturbation mentale.

N'est-ce pas ainsi qu'ont procédé nos maîtres, et que les Pinel, les Esquirol, les Calmeil ont enrichi les annales de la science de matériaux incomparables, au point de vue du

récit, de l'exposition, des détails, d'observations fines et pénétrantes qui font de leurs travaux une richesse scientifique véritablement nationale, et dans lesquels tous les travailleurs aiment à puiser des conseils ?

Enfin, Messieurs, à propos de cette commission arbitrale de trois médecins chargés de statuer sur l'état mental de l'aliéné au sujet duquel on demande le divorce, et dont j'ai proposé la formation, mon collègue se récrie et soutient que, sur ce point, la divergence des esprits est telle, que trois médecins ne pourront jamais s'entendre sur le diagnostic et le pronostic à porter au sujet d'un malade, et qu'alors cette institution doit être considérée comme irréalisable.

Que mon collègue me permette encore de lui répondre ceci : Est-ce que tous les jours, dans les concours des hôpitaux, vous ne voyez pas une commission plus complexe de médecins (puisqu'ils sont sept pour formuler un jugement motivé), se réunir et délibérer en commun au sujet du diagnostic à porter sur tel ou tel malade, dont l'examen sera soumis à un candidat, et formuler un jugement d'ensemble ?

La chose est donc pratiquement réalisable, et quand il s'agit de médecins spécialistes, voués aux mêmes études, vivant dans le même milieu, avec une moyenne de connaissances communes, je ne doute pas de leur accord ; et j'estime que les mesures indiquées sont encore là une excellente garantie pour arriver au but que je poursuis.

En résumé, Messieurs, les débats contradictoires qui ont eu lieu devant vous sur cette question si palpitante des rapports du divorce et de la folie n'auront pas été stériles. Ils auront servi à mettre en valeur des arguments techniques tirés du cœur du sujet même, et contribué à jeter quelques lueurs sur les phases si peu connues des maladies mentales passées à l'état chronique.

J'ai, quant à moi, essayé de vous montrer que, dans la discussion de la loi du divorce, l'aliénation mentale ne devait pas être exclue de la série des causes multiples destinées à être admises par le législateur. Je me suis borné à demander cette possibilité, et j'ai essayé de vous montrer qu'au bout d'un temps déterminé de démence confirmée, c'en était fait du retour à la raison de l'individu aliéné, et que la question des guérisons à longue portée ne devait pas, faute de justifications suffisamment authentiques, arrêter la marche de la discussion ; et enfin, qu'à côté de l'aliéné tombé sur la route de la vie, il y avait des situations dignes

du plus haut intérêt, celle du conjoint demeuré sain, au sort duquel il convenait de songer.

Quoique la thèse que j'ai eu l'honneur d'exposer devant vous n'ait pas la perspective d'avoir un retentissement efficace au dehors de cette enceinte, je crois, Messieurs, qu'il a été digne de notre compagnie d'avoir laissé la discussion s'ouvrir sur un sujet si palpitant et si rempli d'actualité. L'Académie de médecine qui renferme dans son sein toutes les compétences de la science médicale, toutes les illustrations scientifiques de notre époque, n'a pas le droit de se désintéresser des questions d'ordre général qui touchent aux intérêts les plus élevés de la société moderne. A mesure que la science de l'homme s'élargit, elle doit élargir pareillement le cercle de sa compétence. Et qu'il s'agisse des grandes questions qui touchent à l'hygiène ou au bien-être physique des populations, aussi bien que de celles qui se rattachent aux problèmes purement d'ordre moral, au divorce, à la responsabilité, à la criminalité, à l'éducation, etc., rien de ce qui intéresse la grande famille humaine ne doit lui rester étranger. J'estime donc que dans le cercle de ses attributions elle a fait œuvre utile en laissant la discussion *motu proprio* s'engager sur cet intéressant sujet.

Permettez-moi donc, Messieurs, en terminant cette déjà trop longue réplique, de vous remercier de l'attention bienveillante avec laquelle vous avez accueilli ces paroles. Je ne m'illusionne pas, comme je vous le disais précédemment, sur la stérilité de mes efforts ; je suis persuadé que beaucoup d'entre vous garderont la conviction du début. Mais, si je n'ai pas été assez heureux pour conquérir vos convictions en faveur de ma thèse, si j'ai été l'interprète imparfait des opinions de quelques amis personnels, laissez moi au moins l'espérance que mes efforts ne seront pas tout à fait perdus, et que les idées nouvelles que je vous ai loyalement exposées en vertu des forces mystérieuses de la méditation, chemineront peu à peu dans vos esprits et finiront par s'y fixer. L'histoire de l'évolution des choses humaines ne nous montre-t-elle pas tous les jours que, dans le mouvement général des idées, celles qui sont abattues aujourd'hui sont susceptibles de s'élever de nouveau, *multa renascuntur quæ jam ceciderunt*, et que les erreurs de la veille sont souvent les vérités du lendemain.

JOURNAUX ESPAGNOLS

(Année 1884.)

El siglo medico*Les convulsionnaires de Santa Orosia (D^r Y. Reig Gasio).*

Dans la vieille cité de Jaca, de l'ancien royaume d'Aragon, se célèbre chaque année, le 25 juin, la fête de Santa Orosia, dont le nom signifie selon quelques-uns Bonne rose, et selon d'autres Rosée qui fertilise la terre. Cette sainte est en grande vénération dans la contrée. La tradition raconte qu'en l'année 870, elle devint prisonnière du Maure Miramolin, qui ne pouvant réussir à la convertir à la religion mahométane, la fit écarteler, et dispersa ses membres sur la montagne. Un berger, sur la révélation de Dieu, les réunit et les porta à Jaca, où on les conserve depuis cette époque.

Ces reliques possèdent de nombreux dons miraculeux ; elles ont le pouvoir de donner l'eau aux récoltes, d'apaiser les tempêtes, de ressusciter les morts, et par conséquent de guérir les infirmités dont sont atteints les vivants. Aussi les fêtes annuelles en l'honneur de la sainte attirent-elles de très nombreux pèlerins espagnols et français des villages voisins, dont la majeure partie se compose d'aliénés, d'hystériques, d'épileptiques : les malades de ces diverses catégories sont désignés sous le nom de possédés. On les envoie au sanctuaire miraculeux, pour obtenir l'expulsion des mauvais esprits renfermés dans leurs corps.

Les femmes sont, comme toujours en pareille circonstance, en majorité.

Tous ces villageois appartiennent à la classe pauvre et très ignorante des montagnes. Il sont très adonnés aux pratiques religieuses, et attribuent tous leurs maux à la possession du démon.

Les pèlerins se rassemblent dans l'église dédiée à la sainte, et assistent à diverses cérémonies religieuses accompagnées de chants et de danses. Ces danses deviennent très animées pendant la nuit : tous les pèlerins sont alors entraînés dans un bruyant tourbillon : hommes et femmes sautent pêle-mêle. Après ce long exercice, les groupes se rendent à la chapelle de Santa Orosia, dans laquelle ont lieu les exercices.

Parmi les nombreux possédés, les uns présentent de l'hyperesthésie, d'autres au contraire de l'anesthésie : chez beaucoup il a été possible de constater une altération souvent très grande des divers sens, et parfois de vives douleurs siégeant tantôt dans le tronc, tantôt dans les membres, et présentant les caractères propres aux névralgies.

C'est devant la chapelle que les possédés sont pris de leurs accès. Habituellement, ces accès s'annoncent par un certain malaise, des douleurs dans les jambes, une sensation de chaleur avec rougeur de la face, de l'oppression, des palpitations, des crampes, diverses sensations internes un peu confuses.

Les malades se croient alors en possession du mauvais esprit, leur exaltation religieuse s'accroît. Bientôt, tous leurs membres sont vivement excités, de véritables convulsions se produisent. La physionomie prend un aspect étrange, les muscles du pharynx, de l'œsophage, de la langue sont en jeu et provoquent un rire spasmodique : de tous côtés se font entendre des cris, de véritables hurlements, des pleurs désespérés. Chez tous les possédés, on observe de violentes convulsions des membres. Ce dernier phénomène est celui qui frappe le plus l'observateur, à cause de la violence et de la rapidité des mouvements. Les malades agitent sans trêve les bras et les jambes, ouvrent et ferment les mains, frappent énergiquement le sol de leurs pieds : on peut dire, qu'à ce moment, peu de muscles échappent aux convulsions.

Quelques-uns de ces possédés finissent par tomber dans un anéantissement complet; leurs pupilles sont fortement contractées, la face tuméfiée prend une teinte violacée, une écume sanguinolente apparaît aux lèvres.

Il est à remarquer qu'en général, tous les possédés sont désireux d'appeler sur eux l'attention, et qu'ils sont pris de leurs convulsions dans les endroits où il y a le plus d'affluence.

Après les crises, certains malades sont ou agités ou mélancoliques; chez plusieurs se produit une invincible tendance au sommeil.

Enfin, les possédés amenés devant l'autel de la sainte poussent de grand cris, le prêtre les exorcise. Il prononce des prières, jette de l'eau bénite sur le corps du patient auquel les pèlerins font baiser la croix de fer qui surmonte leur bâton.

Les vieilles femmes interviennent souvent, et se chargent, elles aussi, de chasser le démon. Pour cela elles emploient le

procédé suivant, d'une efficacité, paraît-il, certaine. Au début de la crise, elles entourent de ficelles les doigts du possédé, et attachent fortement ses chaussures. Cela fait, on interpelle le patient, on lui demande quel est le nombre de démons qu'il abrite, et par quelle partie de son corps ceux-ci désirent sortir. En général, le possédé répond qu'ils veulent sortir par les mains et par les pieds. A ce moment ses cris augmentent, il se démène violemment, frappant le sol de ses pieds, agitant les bras. Dans ces mouvements désordonnés, les chaussures se détachent, les ficelles glissent à terre. La chute de chacun de ces objets est attribuée à la sortie d'un démon, la foule, témoinne alors son admiration par des gestes et des cris, qui se mêlant aux chants des fidèles, et au bruit des musiques, forment un infernal vacarme. Après de si grands efforts, les possédés, brisés de fatigue, couverts de sueur, tombent dans un état de prostration profonde.

Le lendemain, ils assistent nu-pieds à une procession, et il arrive fréquemment que les convulsions se reproduisent au milieu de la rue, devant de nombreux spectateurs.

Le Dr Y. Reig Gasio déplore avec juste raison ces pratiques qui augmentent le nombre des convulsionnaires. Il considère ces derniers comme des malades atteints d'hystérie. Les manifestations de cette maladie, qui sévit à la façon d'une épidémie sur les montagnes de Jaca, sont très certainement le résultat de la manière dont est célébrée la fête de sainte Orosia.

Il faudrait tout d'abord, pour remédier à ce fâcheux état de choses, changer le cérémonial de cette fête, et surtout empêcher la répugnante exhibition de malades, de même que le séjour des pèlerins dans l'église durant toute la nuit; enfin, supprimer les ridicules cérémonies des exorcismes, les danses, les bruyants cantiques.

Il importerait, en même temps, de faire observer aux malades les règles d'une bonne hygiène, de les soumettre à une médication reconstituante. L'auteur conseille les ferrugineux, les amers, l'opium, le castoréum, la valériane, les bains de mer, les eaux thermales, l'électricité; tous ces moyens thérapeutiques devant d'ailleurs trouver un excellent auxiliaire dans un traitement moral approprié à chaque cas particulier.

La raison de la sin raison.

Statistique officielle des asiles espagnols (D^r Rodriguez Mendez).
(Voir *Annales médico-psychologiques*, numéro de novembre 1884, p. 478.)

Les 3,790 aliénés, en traitement dans les asiles espagnols, se répartissent de la manière suivante, au point de vue de la durée du séjour dans l'asile :

Depuis moins d'un an..	{ Hommes.. 570 Femmes.. 370 }	940
De 1 an à 5 ans.....	{ Hommes.. 920 Femmes.. 524 }	1444
De 5 ans à 10 ans.....	{ Hommes.. 446 Femmes.. 244 }	660
Au-dessus de 10 ans....	{ Hommes.. 460 Femmes.. 289 }	749

Les aliénés criminels sont au nombre de 239, dont 210 hommes et 29 femmes.

Les divers établissements publics ou privés offrent, au point de vue de leur superficie totale, des différences notables, dont rend compte le tableau suivant :

	Superficie totale en mètres carrés.	Nombre de mètres carrés par aliéné.
Asile de San Baudilio de Llobregat.	98.600	176
— De Cerdoue (Valladolid)....	46.200	36.24
— De ex-couvent de Jesus (Valence).....	48.900	44.50
— De Nuestra señora de Gracia (Saragosse).....	5.778	26
— De Santa Isabel (Leganés)..	15.766	74
— De Cadix.....	9.282	22.315
— De Real (Grenade).....	1.448	23.22
— De Nuestra señora del carmen (Mérida).....	9.764	94.229
— De Nueva Bethlen.....	50.000	530
— Provincial de Beneficencia de Ternel.....	4.088	49
— De las Cinco Llagas (Séville).	6.984	98
— De Salamanca.....	4.352	65
— Provincial de Oviédo.....	658	18.30
— Nuestra Señora de las Ange- les (Malaga).....	40.924	242.77

Quelques autres asiles ont une superficie imparfaitement déterminée.

Il résulte du tableau précédent que les asiles privés ont une étendue une fois plus grande que tous les asiles publics; que le nombre de mètres carrés par aliéné, est également plus élevé chez les premiers.

Dans la plupart des maisons d'aliénés existent des appareils hydrothérapiques bien installés.

Un petit nombre d'asiles ne possèdent encore aucun de ces appareils.

On a observé, pendant une période de cinq années, 4.543 guérisons, se répartissant ainsi :

Guérisons avant la fin de la 4 ^{re} année.	{ Hommes. 654
	{ Femmes . 336
Après 4 an à 5 ans de traitement.....	{ Hommes . 297
	{ Femmes . 460
5 ans à 10 ans.....	{ Hommes . 48
	{ Femmes . 20
Au-dessus de 10 ans.....	{ Hommes . 46
	{ Femmes . 42

Sur les 4.543 malades guéris, 306 ont été réintégrés dans les asiles (203 hommes et 103 femmes), après des espaces de temps variables.

On peut, d'après le tableau précédent, fixer à environ 308 le nombre d'aliénés sortis guéris chaque année, soit environ 8 p. 100.

D^r PEYBERNÈS.

BIBLIOGRAPHIE

Histoire des aliénés dans les Iles-Britanniques; par M. le D^r Daniel Hack Tuke. — Londres 1882.

Au mois d'août 1884, plusieurs membres de la Société médico-psychologique de Paris ont eu l'honneur d'assister à la séance annuelle de l'Association médico-psychologique anglaise, tenue sous la présidence du D^r Hack Tuke, la veille de l'ouverture du Congrès médical de Londres. Lord Shaftesbury, que l'on peut considérer comme le Nestor de l'aliénation mentale en Angleterre, avait bien voulu venir à cette séance, et il y prit la parole pour retracer, en termes éloquents, les progrès réalisés depuis cinquante ans dans le traitement des aliénés, progrès dont il a été le principal promoteur et au développement desquels il n'a cessé de travailler activement en qualité de président du conseil des *commissioners in Lunacy*. En terminant son allocution, le noble lord exprimait le désir qu'un jour ou l'autre l'histoire de cette grande œuvre de réformation humanitaire fût écrite par quelqu'un des membres de l'Association devant laquelle il parlait.

Une année à peine s'est écoulée depuis lors, et le désir ainsi exprimé se trouve réalisé par la publication d'un livre très intéressant dû à la plume du président même de l'Association, le D^r Hack Tuke, bien connu de beaucoup d'aliénistes français. A vrai dire, nul mieux que lui n'était qualifié pour entreprendre ce travail; non seulement il est un des auteurs du Manuel de médecine psychologique qui a le plus de réputation en Angleterre, mais il est le petit-fils du grand philanthrope Samuel Tuke qui, en 1792, prit l'initiative de la fondation de l'asile connu sous le nom de la « Retraite d'York, » et donna ainsi le premier signal de la réforme du traitement des aliénés en Angleterre.

Ce n'est pas, cependant, à cette date que commence l'histoire en question; l'auteur remonte beaucoup plus loin; il recherche les origines du traitement de la folie dans les légendes populaires les plus reculées dont certaines se sont perpé-

tuées jusqu'à nos jours, dans la pratique des établissements monastiques qui, pendant des siècles, ont possédé le privilège de l'exercice de la médecine, dans les superstitions du moyen âge où le bûcher s'allumait si souvent pour brûler de pauvres insensés sous prétexte de sorcellerie et de possession démoniaque, dans le faras polypharmaceutique des médecins du dix-huitième siècle qui accumulaient les prescriptions les plus hétéroclites dans l'espoir d'agir sur les esprits vitaux et de modifier les humeurs peccantes.

Il reconstitue d'une manière complète l'histoire de l'hôpital de Béthlem, fondé en 1247 et qui, dès 1403, recevait certainement des aliénés en traitement.

Cet hôpital, qui en est aujourd'hui à sa troisième incarnation, a été rebâti en 1845, à une assez grande distance des deux emplacements précédemment occupés par lui.

L'historique de la fondation de la « Retraite d'York » est traité avec des développements bien justifiés par la double circonstance rappelée plus haut. On ne peut pas cependant accuser M. Tuke de se laisser égarer par un excès de complaisance envers cet établissement, car il s'appuie, à chaque page, sur des citations empruntées aux autorités les plus compétentes en pareille matière, et toutes sont unanimes à reconnaître l'influence prépondérante exercée par l'exemple de cette maison sur l'amélioration générale du sort des aliénés en Angleterre. Parmi ces témoignages favorables se trouvent des passages fort élogieux de Ferrus et de Parchappe qui, tous deux, avaient pu apprécier, sur place, les mérites de l'œuvre de Samuel Tuke. Ces éloges, donnés à un étranger, ne peuvent atténuer en rien la grandeur de notre grand réformateur français. Pinel et Tuke étaient contemporains; tous deux ont entrepris, juste à la même époque et à l'insu l'un de l'autre, l'œuvre de réhabilitation d'une classe de malades bien méconnus et bien maltraités jusque-là; tous deux doivent partager la gloire d'avoir été de grands bienfaiteurs de l'humanité: loin de se nuire réciproquement, la réputation qu'ils se sont acquise séparément, par leurs efforts simultanés, dirigés vers un même but, doit rehausser l'éclat de leur œuvre commune et unir leurs noms dans l'admiration et la reconnaissance des générations futures.

L'auteur raconte ensuite les longs tâtonnements et les améliorations successives de la législation anglaise relative aux aliénés; ne pouvant entrer dans le détail de cet exposé, nous voulons au moins en donner une idée en reproduisant ici la

phrase suivante, qui le résume en quelques lignes : « L'esquisse » qui précède montre que l'exemple d'un meilleur mode de » traitement a produit un effet favorable, d'une manière lente » mais sûre ; il y a réussi d'autant mieux qu'en même temps » se sont trouvées révélées les preuves de la négligence et de » la cruauté avec lesquelles étaient traités les malades dans les » asiles, dans les workhouses et même dans les familles particulières. Aussi, le législateur a-t-il été amené à faire des enquêtes et à prendre des mesures ; le système d'inspection a » été organisé pas à pas, d'une manière de plus en plus stricte » et de plus en plus efficace. D'abord, le Collège des médecins » a été chargé de faire visiter les asiles par cinq de ses membres. — Ce procédé a échoué misérablement. Vint ensuite, en » 1828, la création des commissaires métropolitains dont l'autorité a été étendue en 1842 à l'Angleterre et au pays de » Galles ; et à la fin, le conseil des *Commissioners in Lunacy* » s'est trouvé établi sur ses bases actuelles. Telle a été la marche, malheureusement très lente, mais finalement heureuse, » des progrès de la réforme » (p. 204).

Viennent ensuite des chapitres relatifs au non-restraint, aux aliénés criminels, à l'organisation du service en Ecosse et en Irlande, aux progrès de la médecine psychologique dans les quarante dernières années.

L'ensemble forme un inventaire complet et une récapitulation exacte des faits de toutes sortes qui, depuis bientôt un siècle, constituent, en Angleterre, l'évolution de la science psychiatrique et du régime des aliénés. Il y a, sans doute, encore de notables progrès à réaliser et les spécialistes anglais contemporains ne songent nullement à tirer l'échelle après eux : mais tous les autres pays civilisés sont également engagés dans la même tâche, et pour tous ceux que ces questions intéressent, il y a une utilité de premier ordre à trouver réunis dans un seul volume, d'une lecture fort attachante, les éléments d'un historique qui, jusqu'à présent, étaient disséminés en maintes publications éparses, bien difficiles à réunir. On ne saurait donc douter du succès du nouveau livre du Dr Tuke, et nous espérons pouvoir en fournir bientôt la meilleure preuve en annonçant une seconde édition.

A. F.

Considérations sur l'absinthisme; par Marius Maunier, ancien interne de l'asile d'aliénés de Marseille. Thèse de Montpellier, 1880.

M. Marius Maunier a choisi pour sujet de sa thèse inaugurale l'une des questions les plus intéressantes de la pathologie mentale, et qui a été de nos jours l'objet d'importantes recherches, l'étude des effets de l'absinthe. La consommation de cette funeste liqueur a pris depuis quelque temps des proportions telles, qu'elle devient un véritable danger pour la santé publique.

On ne saurait trop vulgariser les terribles conséquences de cette déplorable habitude, et c'est une louable tentative assurément que de chercher à arrêter le mal en en faisant connaître toute l'étendue.

Nous ne sommes plus à l'époque où les médecins les plus autorisés pouvaient soutenir que la liqueur d'absinthe n'est pas plus nuisible que les autres liqueurs alcooliques au même degré de concentration, et que l'alcoolisme ne présente aucune différence avec l'absinthisme. Cette erreur n'est plus soutenable aujourd'hui; depuis les belles expériences de Magnan, il n'est plus permis de douter que l'essence d'absinthe a une action spéciale sur le système nerveux, action qui se traduit par des attaques épileptiformes. Ce savant aliéniste est arrivé à reproduire chez les animaux les accidents particuliers qu'il avait observés chez les malades spécialement adonnés à cette boisson.

L'empoisonnement par la liqueur d'absinthe est double en réalité. L'alcool produit ses effets ordinaires, auxquels viennent s'ajouter ceux qui sont propres à l'essence d'absinthe.

C'est à la démonstration de cette vérité que M. Maunier apporte le contingent de ses expériences personnelles sur divers animaux. Il est arrivé ainsi aux mêmes résultats que les précédents expérimentateurs.

Nous ne saurions mieux faire que de reproduire ici les conclusions de ce remarquable travail :

« En résumé, la liqueur d'absinthe détermine des effets particuliers dus aux alcools qu'elle contient et à l'essence d'absinthe.

« Ces effets se produisent par des troubles psychiques et par des troubles physiques ayant pour caractère principal l'excitation de tous les phénomènes que l'on remarque dans

» l'alcoolisme simplement engendré par les abus d'alcools ou d'eau-de-vie.

» Les troubles psychiques particulièrement attribués à l'absence d'absintbe sont :

» 1° L'apparition de perversions sensorielles différant par plusieurs caractères des perversions sensorielles de l'alcoolisme;

» 2° L'exagération et la violence du délire;

» 3° La stupeur remarquable consécutive à cette agitation.

» Les troubles physiques les plus importants sont :

» 4° La production de secousses musculaires, d'absences, de vertige et enfin d'attaques épileptiformes.

» 2° Du côté de la face, une bouffissure particulière, un teint pâle, terreux et la saillie des globes oculaires. »

En somme, la thèse que nous venons d'analyser succinctement est un travail important qui se recommande par des qualités solides d'observation, et qu'il faudra désormais consulter toutes les fois qu'on voudra étudier à fond cette grande question de l'absintbisme, si intéressante, si palpitante d'actualité. Cette thèse, qui a été classée troisième, a fait sensation à la faculté de Montpellier, et a valu à l'auteur les félicitations de ses juges. Nous sommes convaincu qu'il ne s'arrêtera pas là, et qu'il tiendra à justifier les espérances que fait concevoir ce brillant début comme médecin aliéniste.

D^r SAUZE.

Etude sur la volonté et le libre arbitre, suivie de dissertations biologiques; par P. Leblois, docteur en médecine. Angers, Germain et G. Grassin. — Paris, J. B. Baillière. — 1884.

C'est une courte analyse psychologique. M. Leblois établit d'abord que la volonté ne préexiste pas à la perpétration du mouvement, elle lui est simultanée. Le *désir* porté au plus haut point n'est pas la volonté. Qu'est-ce donc qui détermine le moi voulant? C'est le *mobile*.

La volonté, sauf dans les cas pathologiques, est donc soumise au mobile. Le mobile est composé de tous les mouvements susceptibles d'engendrer la conscience agissante, c'est pourquoi on les appelle *volontaires*.

C'est à l'étude de ces mouvements dits *volontaires*, mais qui,

en réalité, ne constituent pas la volonté, qu'est consacré le travail de l'auteur.

Il les divise en *instinctifs*, *habituels* et *arbitraires*.

La partie la plus intéressante de cette étude est celle qui a trait à la volonté arbitraire. L'instinct, le sentiment personnel et la pensée entrent en conflit et déterminent le moi voulant. Suivant leur puissance intrinsèque, ils prédominent les uns sur les autres et l'actuation se fait dans un sens ou dans un autre, ou ne se fait pas.

Amené, à ce moment, à résoudre la question du libre arbitre, M. Leblois s'exprime ainsi : « Le libre arbitre consiste » dans l'évocation associationnelle des actes psychiques, solli- » citation organique; sentiment personnel, précepte importé, » relatifs au mouvement délibéré et qui résument, sous trois » chefs bien définis, tous les mobiles possibles de nos détermi- » nations primitives. »

C'est donc bien là une étude positiviste de la volonté. Mais alors, pourquoi faire de la volonté arbitrale l'apanage de l'homme seul à l'exclusion des animaux ? (page 15). « Cette volonté par » excellence... attribut exclusif de l'humanité réside dans la per- » pétuation toujours consciente de tout mouvement prévu et » précédé d'une délibération. »

La psychologie n'est pas comme la métaphysique, c'est une science d'observation. Eh bien ! qu'on nous permette un exemple vulgaire : regardons un chien auquel son maître défend, par un geste menaçant, de prendre du sucre qu'il lui présente. Certainement ce chien réfléchit, son attitude indécise nous le fait bien comprendre. L'animal est, en ce moment, en proie à un *conflit arbitral* : l'instinct de conservation (se nourrir), la tendance personnelle (la gourmandise) et enfin la pensée (la crainte du châtiment) combattent en lui. Et alors, suivant que la gourmandise l'emportera ou que la crainte sera la plus forte, le chien saisira le sucre, se résignant ainsi à recevoir la correction qu'il prévoit; ou bien, il se retirera piteusement, et qui sait, désolé peut-être de son manque d'énergie.

Cet exemple, qu'on trouvera peut-être trivial, nous montre cependant, à l'état rudimentaire, chez un animal un travail de cérébration qui n'est pas sans analogie avec celui qui se fait chez un homme sur le point de commettre un crime. Nous pourrions même pousser l'analogie plus loin et dire que l'hérédité, la constitution individuelle, le milieu ordinaire, l'édu-

cation etc... sont autant d'éléments qui, chez le chien comme l'homme, détermineront le sens du moi agissant.

La dernière partie du livre de M. Leblois est un plaidoyer en faveur de sa doctrine biologique qui n'est ni matérialiste, ni spiritualiste. Là, il est tout à fait dans l'esprit de A. Comte : Il ne faut rechercher la vérité que dans le relatif, l'absolu est incognoscible.

Cette étude sur la volonté est écrite clairement et intéressera tous ceux qui s'occupent de psychologie.

D^r L. CAMUSET.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— L'alimentation; exposé des principes qui doivent servir de guide aux directeurs des établissements publics pour le choix hygiénique et économique de la nourriture, par le D^r Morel; Gand, 1882; br. in-8°.

— Report of the Pennsylvania hospital for the insane; année 1881, par le D^r Thomas Kirkbride; Philadelphie, 1882, br. in-8°.

— The evidences of insanity discoverable in the brains of criminals and other whose mental state has been questioned, par le D^r Edward Spitzka; New-York, 1882, br. in-8°.

— Considérations sur l'absinthisme, par le D^r Marius Maunier; thèse de Montpellier, 1880, br. in-8°.

— Ofverskyvelsens over hospitalen under daniga Berättelse (Rapports sur les asiles d'aliénés de la Suède), pour les années 1877, 1878 et 1879, 3 br. in-4°.

— Philosophie et physiologie cliniques de l'aliénation mentale; par le D^r Henry Bonnet; br. in-8°. Paris 1882.

— Ueber de Verændorungen im central nervens-system, speciell im den Hintersträngen des Rückenmarks bei Ergotismus; par le D^r Franz Tuzek. Berlin, 1881, br. in-8°.

— De quelques modifications à apporter à la loi de 1838, concernant les aliénés criminels et les rechutes; par le D^r Aug. Voisin; br. in-8. Paris, 1882.

— Aperçu sur les règles de l'éducation et de l'instruction des idiots et des aliénés; par le D^r Aug. Voisin; br. in-8. Paris, 1882.

— Verslag betreffende het geslacht. Meerenberg, over het Jaar 1881; par le D^r Van Persijn, br. in-8, Harlem, 1882.

— Asile d'aliénés de La Roche-sur-Yon; Rapport médical et administratif pour l'année 1881, par le D^r Cullerre; br. in-8. La Roche-sur-Yon, 1882.

— A clinical study of the disease and curability of inebriety; par le Dr Crothers, br. in-8. Philadelphie, 1882.

— Du délire ambitieux; par le D^r Paris, thèse in-4°, Nancy 1882.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

— Par décret du Président de la République, en date du 44 juillet 1882, sur le rapport de M. le ministre de l'Intérieur, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur, M. le D^r DAGONET, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Sainte-Anne, ancien professeur agrégé de la Faculté de médecine de Strasbourg, ancien médecin en chef de l'asile d'aliénés de Stéphanfeld; 30 ans de service.

— *Arrêté du 27 juillet.*

M. le D^r POULET, directeur-médecin de l'asile d'Alençon, est nommé directeur-médecin de l'asile Saint-Méen, à Rennes.

M. le D^r Germain CORTYL, médecin adjoint de l'asile Saint-Yon, est nommé directeur-médecin de l'asile d'Alençon (4^e classe, 4,000 fr.).

M. le D^r TAGUET, directeur-médecin de l'asile de Dijon, est nommé médecin en chef de l'asile de Bordeaux, en remplacement de M. le D^r Lagardelle, décédé.

M. le D^r MARANDON DE MONTTEL, médecin en chef de la section des femmes à l'asile de Marseille, est nommé directeur-médecin de l'asile de Dijon.

M. le D^r NOLÉ, ancien interne des asiles de Toulouse et de Montdevergues, est nommé médecin-adjoint de l'asile de Bailleul (2^e classe, 2,500 fr.), en remplacement du D^r Raynaud, mis en disponibilité.

Arrêté du 29 juillet. — Sont nommés :

A la classe exceptionnelle de leur grade (8000 fr.). MM. les D^{rs} CAMPAGNE, médecin en chef de l'asile de Montdevergues, et BONNET, directeur-médecin de l'asile de Châlons.

A la 3^e classe (5,000 fr.). MM. les D^{rs} LANGLOIS, médecin en chef de la section des hommes à l'asile de Maréville, et CULLERRE, directeur-médecin de l'asile de La Roche-sur-Yon.

— *Arrêté du 24 août.* — M. le D^r KÉRAVAL, ancien interne de l'asile Sainte-Gemmes (Maine-et-Loire), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Saint-Yon (2^e classe, 2,500 fr.).

— *Arrêté du 25 août.* — M. le D^r BOUBILA, médecin adjoint de l'asile de Prémontré, est nommé médecin en chef de la section des femmes de l'asile de Marseille (4^e classe, 4,000 fr.).

— *Par arrêté préfectoral en date du 23 août 1882.* — M. DE BRANSAULIÉ, conseiller général de Lot-et-Garonne a été agréé comme directeur de l'asile privé de Clermont (Oise), en remplacement de M. Dewatines, nommé directeur de l'institution nationale des sourds et muets de Chambéry.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Année 1884.

PRIX AUBANEL. — Ce prix de la valeur de 3,600 fr. sera décerné au meilleur travail manuscrit sur la question suivante :

Existe-t-il des signes ou des indices qui permettent de reconnaître qu'une maladie mentale est héréditaire, en l'absence de notions sur les antécédents ? — Exposer ces caractères.

Année 1885.

PRIX BELHOMME. — Ce prix de la valeur de 900 fr. sera décerné au meilleur travail manuscrit sur la question suivante :

Des moyens propres à développer la faculté du langage chez les idiots.

Les mémoires devront être envoyés, — ceux pour le prix Aubanel, le 31 décembre 1883, et ceux pour le prix Belhomme le 31 décembre 1884, — à M. le Dr Ritti, secrétaire général de la Société, maison nationale de Charenton. Ils devront être accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs.

PRIX DE L'ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Prix de 1884.

— **Prix Civrieux :** *Des accidents épileptiformes dans l'hystérie.*
Le prix était de 4,500 fr.

Deux mémoires ont concouru.

L'Académie décerne le prix à M. le Dr BALLET (Louis-Gilbert), médecin à Paris.

— **Prix Lefèvre :** Ce prix devait être décerné au meilleur ouvrage sur la mélancolie. Il était de la valeur de 2,500 fr.

Deux mémoires ont concouru.

L'Académie décerne un prix de 4,500 fr. à M. le Dr LIÉNARD, de Sedan ; elle accorde en outre une récompense de 4,000 fr. à M. le Dr Emile DUPONCHEL, médecin aide-major de 1^{re} classe, à Bordeaux.

— **Prix Saint-Lager :** pas de concurrents.

— **Prix Alfaro.**

Note déposée par le fondateur : « J'offre à l'Académie la somme de 2000 fr. pour la fondation d'un prix à accorder au meilleur mémoire sur la question suivante :

» Rechercher par quels moyens on pourrait, dans les asiles publics ou privés destinés aux maladies mentales, faire une plus large part au traitement moral et augmenter les moyens d'action.

» Indiquer surtout les inconvénients d'un isolement rigoureux dans les affections mélancoliques. S'appuyer sur des faits assez nombreux et bien constatés par la science. »

Un mémoire a été envoyé pour ce concours. L'Académie décerne le prix à son auteur, M. le D^r LAGARDELLE.

Prix pour 1883.

— Prix Civrieux : *Paralysies et contractures hystériques.*

Ce prix sera de la valeur de 2,000 fr.

— Prix Saint-Lager. Extrait de la lettre du fondateur :

« Je propose à l'Académie de médecine une somme de 1,500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration aux animaux de substances extraites des eaux ou des terrains des pays à endémie goitreuse. »

Le prix ne devra être donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la commission académique.

Les mémoires pour les prix de 1883 devront être envoyés à l'Académie avant le 1^{er} juillet de l'année 1883. Ils devront être écrits en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs.

ASILE D'ALIÉNÉS DU VAR.

Le préfet du Var donne avis que : Un concours est ouvert entre les architectes français pour la confection d'un projet d'asile mixte d'aliénés à construire dans le département du Var.

Le coût de l'établissement (mobilier non compris) pouvant contenir 600 aliénés assistés ne devra pas dépasser la somme de 1,200,000 fr. Le prix d'un pensionnat pour 60 malades payants n'est pas compris dans le chiffre ci-dessus. Les projets devront être déposés le 30 novembre 1882. Le concours sera jugé par un jury spécial dont la composition est fixée en principe dans la délibération du conseil général. Les auteurs des trois projets classés les premiers, recevront chacun une prime, savoir :

L'auteur du projet n^o 1 une prime de 3,000 fr.; l'auteur du projet n^o 2 une prime de 2,000 fr.; l'auteur du projet n^o 3 une prime de 1,000 fr.

Les projets primés seront acquis au département qui conserve toute sa liberté en ce qui concerne l'exécution.

Le programme du concours et le plan du terrain sur lequel doit être construit l'asile, seront adressés à toutes les personnes qui en feront la demande à M. le préfet du Var.

STATISTIQUE DES ALIÉNÉS EN D'ITALIE.

Cette statistique, qui porte la date du 31 décembre 1884, est la troisième qui ait été faite : les deux précédentes remontent à la fin des années 1874 et 1877. Elle ne porte d'ailleurs que sur les aliénés placés dans les divers manicomes et hôpitaux du

royaume, et dont le nombre était à cette époque de 47,471 : 9,000 hommes et 8,474 femmes répartis comme il suit ;

Régions.	Hommes.	Femmes.	Total.
Piémont.	4.093	969	2.062
Ligurie.	314	423	734
Lombardie.	4.382	4.517	3.099
Vénétie	890	4.292	2.182
Emilie.	4.322	4.259	2.584
Ombrie.	476	443	319
Les Marches	548	443	994
Toscane.	4.008	4.108	2.416
Romagne.	449	330	779
Naples.	4.043	572	4.585
Sicile.	534	369	900
Sardaigne.	77	46	423
	<u>9.000</u>	<u>8.474</u>	<u>47.474</u>

MEURTRE COMMIS PAR UN ALIÉNÉ, DANS UN HOSPICE DE VIEILLARDS.

Le sieur Fabien, pensionnaire de l'hospice de la Grave, à Toulouse, était atteint depuis longtemps de la folie des richesses et cherchait constamment à s'évader pour aller prendre possession des nombreux châteaux qu'il possédait, disait-il, et réclamer une somme de 300,000 fr. qui lui était due. Il y a cinq ou six mois, sa folie avait pris des proportions inquiétantes. C'est ainsi qu'un jour il souffletait une sœur, sans trop savoir pourquoi; un autre jour, dans la chapelle, il s'avancait vers l'autel pour embrasser l'aumônier, qui chantait les vêpres. Un autre jour, il sortait par une fenêtre, suivait la crête des murs de clôture, et s'élançait d'une hauteur de quatre mètres, sans se faire, heureusement, le moindre mal; quelques jours après, entre minuit et une heure, il sortait en chemise dans le jardin, et brisait un grand nombre de carreaux.

La commission administrative de l'hospice, émue de cette situation, prit la seule mesure de prudence qu'elle pouvait prendre à l'égard de ce malheureux, et on le transféra au quartier des épileptiques. Il continua d'y donner des signes nombreux d'aliénation mentale, disant qu'il finirait par tuer le portier, si on ne le laissait pas sortir.

Fabien a mis son projet à exécution le 2 juin.

Son camarade Pouzolles, à qui on avait confié la clef d'une petite porte qui fait communiquer l'hospice avec le dépôt de mendicité, était tranquillement occupé près de cette porte à ranger quelques objets. Sans être remarqué de personne, Fabien put s'armer d'une barre de bois, longue de 4^m 80; il s'avança pieds nus derrière Pouzolles, auquel il asséna sur la tête trois ou quatre coups de barre qui le firent rouler à terre

baigné dans son sang. Les blessures reçues par ce malheureux furent telles qu'il expira le même soir.

Fabien fut arrêté, conduit devant le juge d'instruction, auquel il ne répondit que par des paroles incohérentes, paraissant n'avoir pas même conscience de son meurtre.

Trois experts médecins, chargés de l'examiner, ont reconnu que Fabien était atteint de démence sénile; qu'il traversait actuellement une période d'excitation, expliquant ses idées ambitieuses et les divers actes qu'il avait commis; qu'il était réellement inconscient de son meurtre et par suite irresponsable; enfin, qu'il devait et qu'il aurait dû être depuis longtemps enfermé dans un asile d'aliénés.

(Extrait des journaux de Toulouse.)

ATTENTAT COMMIS CONTRE UN MÉDECIN D'ASILE PAR UN ALIÉNÉ.

M. le Dr Bécoulet, directeur-médecin de l'asile de Dôle (Jura); a été récemment exposé à un danger réel, par suite d'une attaque dirigée contre lui par un de ses malades, le nommé F..., délirant par persécution.

Au moment où M. Bécoulet examinait une lettre qui venait de lui être remise par F..., celui-ci qui tenait, caché dans sa main, un petit sac ouvert et contenant du verre cassé, en frappa violemment la figure du médecin, dans la direction des yeux. L'œil droit a été atteint, mais heureusement sans gravité; cependant il est resté longtemps rouge et enflammé.

L'aliéné, aussitôt qu'il eut frappé le Dr Bécoulet, essaya de se couper la gorge; heureusement, on put le saisir à temps, et sa blessure, quoique profonde, est actuellement en bonne voie de cicatrisation.

SOUSCRIPTION POUR L'ÉRECTION D'UNE STATUE A PHILIPPE PINEL.

Huitième liste.

Les internes de l'asile Sainte-Anne.	20 fr.
Le conseil municipal de Paris (deuxième souscription).	4,589
M. le docteur Régis.	5
Le ministère de l'Instruction publique et des beaux-arts (deuxième souscription).	5,000
M. le docteur Vallon.	5
Total	9,649 fr.
Listes précédentes.	45,254
Total général jusqu'à ce jour.	24,870 fr.

SOUSCRIPTION POUR LE BUSTE DU D^r MARCHANT.*Première liste.*

MM. Adler Blumer.	MM. Goujon.
Baillarger.	Guignard.
Blanche.	Longeaud.
Bonnet (Henri).	Lunier.
Bouchereau.	Magnan.
Bourdin.	Marandon de Montyel.
Bouteille.	Mathien.
Christian.	Meuriot.
Cullerre.	Mitivié.
Dagonet.	Petit.
Dubiau.	Pons.
Faucher.	Régis.
Foville.	Asile de Châlons, 120 fr.
Garnier.	Anonymes, 90 fr.

Nous rappelons à nos lecteurs que le montant de la souscription est fixé à 5 francs. Nous ne pouvons que remercier les généreux donateurs qui ont envoyé des sommes plus élevées; mais la commission a décidé qu'elles ne seraient mentionnées que sous le titre d'anonymes. Le montant total de la souscription s'élève à 340 fr.

Les souscriptions doivent être adressées à M. le Dr Bouchereau, à l'asile Sainte-Anne, à Paris.

CLINICAT DES MALADIES MENTALES.

Viennent d'être nommés près la Faculté de médecine de Paris, clinique des maladies mentales : chef de clinique, M. le Dr Vallon; chef de clinique adjoint, M. le Dr Rueff.

AVIS

Nous nous empressons d'annoncer à nos lecteurs que notre collaborateur, M. Régis, vient de terminer la *Table générale et alphabétique des Annales*, de l'année 1867 à l'année 1880. Ce travail fait avec le plus grand soin est sous presse et paraîtra prochainement.

Pour les articles non signés : L. LUNIER.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

CHRONIQUE

SOMMAIRE. — Délire et troubles cérébraux dans l'intoxication par l'iodoforme. — Congrès de la Rochelle. — La double conscience. — Pathogénie du goître. — Étiologie et lésions anatomiques du myxœdème. — Morphomanie et morphinisme. — Migraine ophtalmique comme prodrome de la paralysie générale. — Mutilations inspirées par le délire érotico-religieux.

Plusieurs travaux récemment publiés en France, se faisant l'écho d'une polémique très ardente qui, depuis plusieurs mois, remplit les journaux scientifiques allemands, signale une nouvelle espèce à ajouter à la liste déjà longue des délires par intoxication ; il s'agit de phénomènes observés dans des cas de pansements par l'iodoforme. Les chirurgiens de tous les pays s'accordent aujourd'hui, d'une manière presque unanime, à reconnaître la supériorité de la méthode antiseptique, et le pansement de Lister est devenu universel. Cela n'empêche pas, cependant, de rechercher d'autres agents antiseptiques que l'acide phénique, dont l'usage n'est pas sans présenter souvent de sérieux inconvénients, et sous ce rapport l'iodoforme, surtout sous forme de poudre, jouit, depuis deux ou trois ans,

en Allemagne, d'une faveur qui paraît avoir d'abord touché à l'engouement. Mais on n'a pas tardé à reconnaître qu'il était loin, lui-même, d'être toujours inoffensif, et par un revirement, peut-être exagéré, on lui attribue maintenant tant de revers et de morts par intoxication que, si toutes ces accusations étaient vraies, il devrait être proscrit d'une manière absolue de la pratique des chirurgiens (*le Procès de l'iodoforme*, par Longuet; *Union médicale*, août et septembre 1882). C'est à ces derniers, bien entendu, qu'il appartient de faire, entre les éloges et les attaques dont l'iodoforme est l'objet, la part de la vérité, et de régler d'une manière raisonnée le rôle réel à attribuer à cet agent dans la thérapeutique antiseptique ; mais la question intéresse, aussi, les médecins aliénistes par la nature des accidents dont le système nerveux est le siège dans cette intoxication, nature qui est telle que plusieurs de ceux qui en ont été victimes sont signalés comme étant morts de manie aiguë, et que l'état de certains autres a été comparé à la paralysie générale. Nous reproduisons donc ici la description qui a été donnée de ces troubles nerveux, par le Dr Hassler (*Gazette hebdomadaire*, n° 30 et 32, 1882) :

« Les symptômes notés chez les adultes, d'après les observations qui ont été publiées, ont le plus souvent quelle chose de très caractéristique.

» C'étaient d'abord des changements de caractère ; puis des symptômes plus graves de troubles cérébraux survenaient pendant la nuit. Les malades, en proie à des illusions ou des hallucinations, bondissaient ou cherchaient à s'élancer hors du lit et à s'enfuir. Ils déchiraient leurs draps, arrachaient leur pansement, et parlaient continuellement ; des accès de délire furieux étaient les indices précurseurs d'une agitation intellectuelle et corporelle considérable que les narcotiques augmentaient le plus souvent ou étaient impuissants à calmer.

» Ces malades étaient fréquemment délivrés le matin,

» mais ils restaient plus ou moins hébétés. Chez d'autres,
» les hallucinations, l'agitation, les accès de délire furieux
» persistaient pendant le jour, avec redoublement la nuit,
» et duraient pendant plusieurs jours et même pendant
» plusieurs semaines.

» L'abandon de l'iodoforme faisait assez souvent cesser
» brusquement toutes ces manifestations, ou les amélio-
» rait de manière à n'en laisser aucune trace au bout de
» quelques jours. On observa fréquemment la répulsion
» pour les aliments; souvent elle fut accompagnée de
» symptômes de catarrhe abdominal; l'appétit fut di-
» minué chez la plupart des malades. On mentionna sou-
» vent des sueurs abondantes; des sels iodiques en quan-
» tité variable, ainsi que de l'albumine, furent observés
» dans l'urine.

» Rien de constant du côté de la température, souvent
» de la dyspnée. Le pouls et l'action cardiaque étaient or-
» dinairement déprimés. La mort paraît avoir été causée,
» le plus souvent, par un affaiblissement considérable des
» mouvements du cœur et du poumon. »

Cette description ressemble à des états que l'on peut rencontrer dans la période aiguë de diverses formes de l'aliénation mentale, et elle ne signale aucun symptôme psychique suffisamment caractéristique pour faire reconnaître, à lui seul, une intoxication par l'iodoforme; mais l'odeur développée par cet agent est tellement intense et tellement désagréable, qu'elle ne saurait échapper à un médecin appelé en pareil cas, et qu'elle suffirait, à défaut d'autres indices, pour le mettre sur la voie du diagnostic.

Le Congrès que l'Association française pour l'avancement des sciences vient de tenir à La Rochelle n'a pas été moins intéressant que ceux qui l'avaient précédé. Parmi les communications qui ont été faites à la section de médecine,

plusieurs se rapportaient, d'une manière plus ou moins directe, aux études médico-psychologiques.

Nous citerons, d'abord, les nouveaux renseignements fournis par le président, M. le Dr Azam, de Bordeaux, sur la malade si connue sous le nom de Felida, qu'il observe depuis vingt-trois ans, et dont il donne chaque année des nouvelles au monde savant. On se rappelle que c'est à l'occasion de cette femme, lorsqu'elle était jeune, que M. Azam a décrit, il y a déjà longtemps, la double conscience, c'est-à-dire la possibilité d'une sorte de dédoublement de l'existence en deux phases; l'une qu'il qualifie de condition première ne s'écarte pas sensiblement de l'état normal, tandis que, dans l'autre, qu'il appelle condition seconde, le sujet, sans que cela se manifeste ouvertement par ses actes ou ses propos, vit dans un état absolument pathologique, dont un des principaux caractères est l'absence complète de souvenir de ce qui s'est produit pendant cet état, une fois qu'il est passé. Or, dans les premières années de sa maladie, les périodes pendant lesquelles Felida se trouvait plongée dans cette condition seconde ou anormale, étaient relativement courtes; elles duraient quelques jours seulement chaque mois. Aujourd'hui, et c'est là le fait nouveau que M. Azam a fait ressortir dans sa communication, la durée des deux états opposés est intervertie; la période normale ne dure que quelques jours par mois, et la condition seconde persiste pendant tout le reste du temps. Ce n'est sans doute pas la dernière modification qu'un observateur aussi attentif que M. Azam aura à signaler dans les phénomènes de névropathie protéiforme qu'il suit, pas à pas, depuis si longtemps, chez sa malade.

[C'est le propre des maladies dont la nature est particulièrement obscure de donner lieu aux théories les plus nombreuses et les plus variées. Chaque fois qu'un nouveau courant d'idées scientifiques tend à s'établir, on espère y trouver

la solution du problème longtemps poursuivie, on s'imagine qu'il va livrer, enfin, le secret d'une pathogénie restée impénétrable jusqu'à là. La production du goître est, par excellence, un de ces problèmes sans cesse renaissants et toujours rebelles aux efforts des observateurs; il était tout naturel qu'on espérât le pénétrer à l'aide des idées et des travaux de M. Pasteur. Aussi ne saurait-t-on s'étonner que M. Jules Carret soit venu annoncer que, d'après lui, le goître est causé par un microbe qui vit dans le sol et qui se trouve entraîné par l'eau dont on se sert pour l'alimentation. Mais ce n'est là qu'une partie de la théorie de M. Carret. Il pense que ledit microbe n'est à craindre qu'à une certaine période de l'année, en sorte que, comme méthode prophylactique, il recommande, à cette époque, de ne boire que de l'eau que l'on a fait bouillir et refroidie, ou bien de l'eau recueillie depuis un certain temps déjà dans des citernes, et qui, par conséquent, ne peut s'imprégner des germes contenus dans le sol. En outre, les observations de M. Carret, recueillies en Savoie, lui font penser que le goître se développe de préférence sur l'étendue d'une zone isotherme qui contourne les montagnes à des hauteurs variables suivant leur exposition. Cette hauteur serait de 400 à 500 mètres sur le versant méridional, de 1,000 à 1,400 sur le versant septentrional.

On ne saurait trop applaudir aux recherches de M. Carret si elles devaient avoir pour effet de fixer définitivement la science sur ce point, et de mettre fin aux interminables discussions dont il est l'objet. Mais, sans méconnaître l'intérêt de ce travail, n'y aurait-il pas une certaine témérité à espérer qu'il aura un aussi heureux résultat?

M. Henrot, professeur à l'école de médecine de Reims, a lu un travail sur les lésions du système nerveux dans le myxoédème. Il est un des premiers qui se soit occupé de cette maladie, en France; car, dès 1877, il a publié l'obser-

vation d'un homme qui en était atteint. Depuis cette époque, il a eu occasion de compléter l'observation par l'autopsie du malade, et il en a étudié les lésions anatomiques avec le plus grand soin. La peau présente une infiltration générale qu'il qualifie de mucoïde; c'est cette infiltration qui détermine l'augmentation considérable de toutes les parties du corps, et en particulier l'élargissement de la face, le gonflement des traits, l'apparence crétinoïde des malades. Cette même infiltration mucoïde se trouve dans les organes intérieurs, notamment dans le tissu interstitiel des viscères de l'abdomen.

Le squelette est également hypertrophié dans plusieurs de ses parties; on y constate des exostoses, des productions d'ostéophytes, l'éburnation de la table des os. L'intensité de ces lésions est variable, suivant les régions du corps; elle est surtout remarquable au maxillaire inférieur.

Par contre, le système musculaire est atrophié dans toutes ses parties, y compris le cœur.

Les lésions sur lesquelles M. Henrot insiste le plus sont celles qu'il a constatées dans le système nerveux. Le grand sympathique est plus que doublé de volume dans toute la partie thoracique, depuis le ganglion coeliaque jusqu'à la partie supérieure du cou. Dans la cavité crânienne, ce qui frappe, comme tout à fait anormal, c'est le volume du corps pituitaire et de la glande pinéale; ces deux organes présentent le triple de leurs dimensions ordinaires; le reste de l'encéphale paraît être dans un état normal.

La moëlle en elle-même ne semble pas altérée; mais, à l'ouverture de la dure-mère, elle apparaît recouverte d'une sorte de coque dure et écailleuse ayant l'aspect extérieur de la cholestérine.

M. Henrot est disposé à attribuer une grande importance aux altérations du corps pituitaire et de la glande pinéale coïncidant avec l'hypertrophie du grand sympathique. Il rappelle que divers auteurs, Pourfour du Petit, notam-

ment, et Tiedeman, ont émis l'opinion que le corps pituitaire servait à établir une anastomose crânienne entre les deux moitiés latérales du grand sympathique. D'autre part, ces organes qui sont d'un très petit volume chez l'homme et chez les mammifères, auraient au contraire, d'après les remarques récentes d'Owen, un très grand développement chez les poissons et chez les reptiles; or, ces deux embranchements du règne animal seraient abondamment pourvus de tissu muqueux sous leurs téguments et dans l'interstice de leurs organes.

Rapprochant ces différentes notions, M. Henrot se demande « si l'on ne pourrait pas attribuer les lésions caractéristiques du myxœdème à une hypertrophie du corps » pituitaire de la glande pinéale. Ces organes, rudimentaires » à l'état normal, et n'exerçant dès lors qu'un rôle très » secondaire dans la production du tissu muqueux, prennent, sous l'influence de causes inconnues, un développement anormal et présideraient au développement » colossal du tissu mucoïde » (*Gazette hebdomadaire*, no 36, p. 393, 8 septembre 1882).

M. Henrot fait remarquer avec raison que cette étiologie serait d'autant plus importante à vérifier que, si elle était reconnue exacte, la pathologie aurait rendu un grand service à la physiologie en faisant connaître les fonctions de deux organes dont l'usage est resté inconnu jusqu'à ce jour.

M. Paul Landowski a fait une très intéressante communication sur la morphiomanie et le morphinisme qui en est la conséquence. On sait combien l'abus de l'opium est fréquent dans certains pays orientaux, et surtout en Chine; depuis longtemps on a signalé, comme se répandant aux Etats-Unis, l'habitude de manger de l'opium et de boire du laudanum. Mais, en Europe, c'est seulement depuis que les injections sous-cutanées ont été appelées à

prendre un rôle important dans la thérapeutique journalière que l'on a vu se produire l'entraînement pathologique à abuser, d'une manière constamment progressive, des injections sous-cutanées de morphine; de là une véritable maladie, la morphiomanie, et un état d'intoxication chronique, le morphinisme.

C'est en Allemagne que la morphiomanie a débuté et qu'elle fait le plus de victimes. M. Landowski pense que ses origines remontent à l'habitude prise, pendant les grandes guerres de 1866 et de 1870-71, de calmer les douleurs des blessés par de fréquentes injections de morphine. Puis, le mal se serait répandu dans les différentes classes de la société et les cas de morphiomanie seraient devenus tellement fréquents que plusieurs maisons de santé privées auraient été établies exclusivement en vue de leur traitement. — Le Dr Levinstein qui a écrit, il y a quelques années, une *Monographie de la morphiomanie*, traduite en français en 1878, était à la tête d'un établissement de ce genre situé dans la banlieue de Berlin. Peu à peu cette fâcheuse habitude s'est répandue dans les autres pays, et on en observe maintenant en France d'assez nombreux exemples. Une fois que l'habitude de ces injections commence à être prise, elle s'enracine et ne tarde pas à devenir impérieuse; ses victimes ne peuvent plus se passer d'un excitant dont l'absence se traduit par un état insupportable de prostration physique et d'émoussement intellectuel; elles y recourent sans cesse, et pour ne rien perdre de l'effet obtenu, elles élèvent progressivement les doses jusqu'à des proportions qui finissent par devenir réellement invraisemblables.

Cette habitude s'observe surtout dans les classes aisées; en outre, M. Landowski signale sa fréquence relativement considérable chez les médecins et dans leur entourage immédiat: c'est là un fait très intéressant, et que, pour notre compte, d'après un certain nombre de faits parvenus

à notre connaissance, nous considérons comme exact. Il s'explique, en partie au moins, par l'habitude prise aujourd'hui par la plupart des praticiens d'avoir toujours sous la main la solution de morphine et la seringue nécessaire à son administration. Sur 460 malades affectés de morphomanie connus par M. Landowski, il y aurait 56 médecins et 26 auxiliaires de médecins, tels que sages-femmes et gardes-malades.

Même pour les cas développés chez des personnes absolument étrangères à la pratique médicale les médecins, ne seraient pas sans avoir une certaine part de responsabilité, car la plupart de ces cas ne se seraient pas produits si le médecin de la maison n'avait pas confié l'administration du médicament aux clients eux-mêmes ou à une personne de leur famille. Il faudrait donc que les médecins fissent toujours, eux-mêmes, les injections de morphine, en ayant soin de ne jamais laisser dans les maisons, ni la solution ni la seringue. Mais comment concilier cette rigueur avec les exigences de la pratique et la nécessité fréquente d'administrer le calmant à un moment où le médecin ne peut pas toujours être là?

Le morphinisme, après n'avoir produit, pendant plus ou moins longtemps, que des symptômes cérébraux transitoires, finit par devenir une maladie grave; il détermine, dans divers viscères, des stases veineuses qui, avec le temps engendrent des lésions permanentes; les reins surtout sont attaqués et la plupart des malades succombent, parfois d'une manière subite, en présentant du sucre ou de l'albumine dans l'urine.

Quant au traitement, M. Landowski condamne la pratique de Levinstein qui supprimait brusquement l'emploi de la morphine; il croit nécessaire de ne supprimer, d'abord, que la moitié de la dose habituelle, puis de diminuer progressivement. Nous n'avons pas une expérience personnelle suffisante pour combattre d'une manière absolue l'opinion

de M. Landowski à cet égard ; cependant, dans deux cas au moins que nous avons observés, la suppression complète et immédiate de la morphine n'a eu aucun inconvénient sérieux, et la guérison a été obtenue. C'est de même que, malgré tout ce qui a été écrit sur le danger de la privation absolue d'alcool chez les dipsomanes ou dans le délirium tremens, nous n'avons jamais eu occasion de constater ces inconvénients chez les malades entrant dans nos asiles, même dans un état de violente intoxication alcoolique aiguë.

On n'a généralement, dans les établissements d'aliénés, l'occasion d'observer les malades affectés de paralysie générale que lorsque l'affection est déjà caractérisée et a dépassé la période initiale, à plus forte raison la période prodromique. Aussi, les phénomènes précurseurs n'ont-ils pas été, jusqu'à présent, de la part des médecins aliénistes, l'objet d'une analyse aussi minutieuse que cela a été fait pour les symptômes des différentes phases de la maladie confirmée. On doit d'autant plus désirer que cette lacune soit comblée que, si le traitement dirigé contre cette affection a quelques chances d'être réellement utile, c'est à condition d'aller le plus loin possible au-devant d'elle, afin de la combattre pour ainsi dire avant qu'elle n'ait réellement débuté, avant surtout que les lésions anatomiques ne soient plus susceptibles de régression. Ces symptômes précurseurs sont, du reste, extrêmement variables ; ils peuvent se présenter sous la forme de troubles nerveux passagers de la nature la plus diverse ; le plus souvent alors, ils sont considérés comme des accidents locaux idiopathiques, et ce n'est que lorsque la maladie commence à se caractériser que l'on reconnaît, rétrospectivement, qu'ils en étaient les avant-coureurs. M. le professeur Charcot, dans une récente leçon clinique faite à la Salpêtrière, a signalé un de ces prodromes qui n'est pas, jusqu'à présent, cité par les auteurs, et qu'il

a eu, dit-il, trois ou quatre fois l'occasion d'observer. Il s'agit de la variété de névralgie que l'on appelle la migraine ophthalmique. « Dans un accès vulgaire de migraine ophthalmique, dit M. Charcot, on voit se manifester, dans le » champ visuel, une figure lumineuse, d'abord circulaire, » puis demi-circulaire, en forme de zigzag, ou de dessin » de fortification, agitée d'un mouvement vibratoire très » rapide, image tantôt blanche, phosphorescente, tantôt » offrant des teintes jaunes, rouges ou bleues plus ou moins » accentuées. C'est là ce que l'on appelle le scotome scintillant.

» Le scotome fait place, souvent, à un défaut temporaire » hémianopsique du champ visuel qui fait que l'on n'aperçoit plus que la moitié des objets.

» Tout cela est suivi d'une douleur dans la tempe correspondante au côté où se fait le défaut visuel ou le spectre, » et l'œil du même côté est le siège d'une douleur de » tension qui rappelle quelquefois ce qu'on éprouve dans » le glaucome aigu. Des vomissements terminent la scène » et tout rentre dans l'ordre. » (*Progrès médical*, 5 août 1882, p. 594.)

Le plus souvent, on peut dire à peu près toujours, ces accès se produisent avec des caractères identiques, pendant un temps fort long, ou même pendant toute la durée de l'existence, sans entraîner, en dehors de la gêne temporaire qu'ils déterminent, de conséquence bien fâcheuse. Mais ils peuvent être compliqués d'autres accidents nerveux, et dans les quelques cas auxquels il a fait allusion, M. Charcot a vu ces accidents nerveux concomitants s'aggraver et servir d'introduction aux symptômes d'une paralysie générale qui se caractérise progressivement, de manière à ne plus être méconnaissable. Il faut donc se tenir sur la réserve, et dans les cas de scotome scintillant, faire, en posant le pronostic, une part à l'éventualité du développement ultérieur d'une paralysie générale. Le fait est sans

doute très rare, mais on voit qu'il n'est pas sans exemple; ce qu'il importerait maintenant qu'il est signalé, ce serait de déterminer les éléments du diagnostic différentiel entre les attaques de migraine ophtalmique simples et celles qui peuvent être le prélude d'une affection organique de l'encéphale.

Tout le monde sait que certains aliénés sont poussés à pratiquer, sur leurs personnes, des traumatismes qui peuvent varier, d'après leur intensité, depuis la simple égratignure jusqu'aux mutilations les plus graves et les plus dangereuses. Il y a une quinzaine d'années, un interne de Charenton, M. le Dr Gallais, a traité cette question dans sa thèse inaugurale.

Deux exemples très analogues par la nature de la mutilation que les malades se sont infligée et du délire auquel ils obéissaient viennent d'être publiés; l'un s'est passé en Algérie, l'autre en Allemagne, nouvelle preuve de l'identité d'évolution des idées délirantes, dans des milieux fort différents.

Voici l'un de ces faits, tel qu'il est rapporté par les *Archives de neurologie* (sept. 1882, p. 270), d'après les journaux politiques d'Algérie: « Un curieux cas de mysticisme vient de se produire dans la ville d'Aumale. Un nommé Ch... tailleur, obsédé depuis longtemps de monomanie religieuse assistait à la messe, lorsque vers dix heures il se dirigea vers un confessionnal. Effrayée de son air exalté, une sœur qui se trouvait là était allée chercher un prêtre. Malheureusement, quand celui-ci arriva, il était trop tard; Ch... sortait du confessionnal, pâle, défaillant, les mains ensanglantées. Le malheureux fou venait de s'infliger le plus cruel supplice. Avec l'énergie que peut donner seule l'exaltation religieuse, il avait pratiqué sur lui-même, sans autre instrument que ses ongles, l'opération rendue fameuse par l'infortune d'Abeilard. Chose assez surprenante, Ch... n'est

point mort, malgré la gravité de ses blessures; il paraît même satisfait de sa résolution; il espère, dit-il, avoir gagné le ciel en s'affranchissant de ses iniquités. »

L'autre cas, observé par M. Thiersch, est reproduit en ces termes, d'après les *Archives de Longenbeck* par la *Gazette hebdomadaire* du 6 octobre 1882, p. 660.

« Il s'agit d'un homme de trente-six ans, agissant sous l'influence d'idées érotiques et religieuses. Dans l'espace de quatre années, il s'ouvrit deux fois l'abdomen avec un mauvais couteau de poche; il fallut faire la reposition de l'intestin, une autre fois réséquer une partie de l'épiploon. Il enleva lui-même le testicule droit, fit la suture au fil de cordonnier et guérit très bien. Il extirpa plus tard le testicule gauche; mais le cordon ayant remonté dans l'abdomen, il fallut avoir recours aux soins du chirurgien; il guérit encore parfaitement. Aujourd'hui il se dit parfaitement heureux et libre de toute tentation. »

A. F.

Pathologie

TRAITEMENT ET CURABILITÉ

DE

LA PÉRICÉRÉBRITE

Par M. le Dr Daniel BRUNET,

Directeur médecin de l'asile d'Evreux.

La péri-cérébrite à forme délirante, caractérisée par des convulsions et du délire, le plus souvent de nature ambitieuse, peut guérir dans quelques cas exceptionnels, qui, je crois, seraient plus nombreux, si une médication énergique pouvait être appliquée dès le début de cette maladie.

La guérison peut être complète, mais souvent, si la péri-cérébrite s'est trop prolongée, il reste un léger affaiblissement des facultés psychiques, caractérisé par une assez grande émotivité, un certain défaut de volonté, d'énergie morale et une moindre aptitude aux travaux intellectuels, qui demandent une grande attention.

Le traitement curatif, qui m'a le moins mal réussi, consiste dans des émissions sanguines, l'administration quotidienne des bains prolongés avec eau froide sur la tête, l'emploi du tartre stibié et du bromure de potassium à haute dose.

Le bromure de potassium peut être porté, sans danger, à la dose de 42 grammes par jour, au bout d'une semaine; et, j'en ai ordonné plusieurs fois 20 grammes, sans déterminer aucun accident. Le tartre stibié est administré ordinairement à la dose de 0,15 à 0,50 par jour; il constitue une médication beaucoup plus efficace, par laquelle je commence toujours, à moins que l'individu, atteint de paralysie générale, ne soit trop faible pour la supporter. Lorsque la diarrhée et les vomissements deviennent trop abondants, je la remplace par le bromure de potassium.

Le régime alimentaire doit être très léger, ne consister d'abord qu'en bouillons, puis en soupes pendant quelque temps.

Dans l'observation I, le nommé B... a guéri à la suite d'un érysipèle phlegmoneux du pied et, au bout de deux ans de guérison, un inspecteur des ponts et chaussées a pu l'envoyer au Mexique, diriger une vaste exploitation industrielle.

Dans les deux autres observations, la médication que je viens d'indiquer a été prescrite.

Dans l'observation II, il y a une rechute au bout de trois ans, tandis que, dans l'observation III, la guérison s'est maintenue pendant dix-sept ans, jusqu'à la mort, produite par une cyrrhose atrophique.

Je ne rapporterai pas les autres cas de guérison ou de rémission que j'ai obtenus, et qui sont assez nombreux, parce que je n'ai pu les suivre après leur sortie de l'asile.

Observation I

Hypochondrie. — Excès de travail. — Délire ambitieux. — Excitation de l'instinct destructeur. — Troubles des mouvements des membres. — Pas d'embarras de la parole. — Érysipèle phlegmoneux du pied droit. — guérison se maintenant depuis deux ans.

M. B..., âgé de 32 ans, ingénieur civil, entré à l'asile le 8 mars 1862, est atteint de manie avec tendance à la paralysie générale. Les premiers phénomènes de l'affection

mentale se sont manifestés il y a un an, à peu près, et ont été caractérisés par de l'abattement, par une souffrance diffuse, en un mot par un état de névropathie générale, qui a déterminé à son tour une série de conceptions hypochondriaques. Ces différents symptômes ont éprouvé une recrudescence notable, à la suite d'un changement survenu dans la position de M.B... qui fut chargé de constructions importantes, pour lesquelles il n'avait jamais fait aucune étude spéciale. Il prit à cœur de se mettre à la hauteur de ses nouvelles fonctions, et se livra à un travail opiniâtre et incessant; mais, malgré sa bonne volonté, de graves erreurs se produisirent et amenèrent de regrettables altercations avec l'entrepreneur en chef. Il devint irritable, perdit le sommeil; il ne pouvait supporter la moindre contrariété, se montrait plus tranchant et plus absolu que jamais. La période d'incubation de l'affection cérébrale entraînait alors dans une nouvelle phase; à la dépression hypochondriaque succédait un état d'expansion, caractérisé par un contentement général et des idées d'orgueil et d'ambition. Les lettres, qu'il écrivait alors, dénotent un délire presque complètement organisé. Enfin, pendant le carnaval, il s'abandonne à une existence des plus agitées, court les plaisirs, les bals masqués, abuse des rapprochements sexuels et se livre à de copieuses libations. Au milieu du mois de février, il est pris d'un violent accès de manie; il commet mille extravagances et se fait tellement redouter par ses menaces et ses violences, qu'on se décide à le transférer à notre asile.

Les renseignements ne signalent aucun antécédent héréditaire; ils constatent une affection syphilitique, qui date de douze ans, et des douleurs rhumatoïdes, qui ont été traitées il y a six mois par les eaux de Plombières. C'est à la suite de douches et de bains prolongés que s'est déclaré un lichen presque général, qui subsiste encore aujourd'hui. M. B... était de plus sujet à des céphalalgies, symptomatiques de congestions sanguines du côté du cerveau et de

ses membranes, qui se jugeaient habituellement par des épistaxis et qui, plusieurs fois, ont été suivies d'embarras dans la marche.

Ces différents symptômes sont de nature à faire redouter une paralysie générale.

Aujourd'hui on note de l'agitation, de l'incohérence dans les idées et dans les actes, des idées de grandeur, des impulsions à mal faire, des extravagances, une grande mobilité, enfin des illusions et des hallucinations de l'ouïe et de la vue, qui entretiennent les conceptions délirantes. Il résulte de ce qui précède, que ce malade est éminemment dangereux pour lui-même et pour la sécurité publique, et qu'il doit être maintenu dans l'établissement.

RENAUDIN.

Certificat de quinzaine, 22 mars.

Je soussigné, directeur médecin en chef de l'asile, certifie que M. B... a présenté à notre observation, pendant la quinzaine qui vient de s'écouler, le développement progressif d'un délire, dans lequel domine l'excessive exagération du sentiment de la personnalité, et auquel une certaine excitation intellectuelle imprime un cachet particulier. Tout en comprenant qu'il est malade et tout en admettant la nécessité d'être traité, notre malade est réfractaire à toute règle, à toute discipline, et son esprit est constamment occupé des projets les plus bizarres. Deux jours après son entrée, il s'évade pendant la nuit et déploie une rare habileté dans les moyens qu'il emploie. Après être parvenu à défaire un grillage, il descend dans la cour au moyen de ses draps noués bout à bout, franchit les murs de l'enceinte intérieure et, arrivé à la porte extérieure de l'asile, il en démonte la serrure à l'aide d'un morceau de fer qu'il rencontre dans le jardin. On le rattrape au moment où il entre à la gare du chemin de fer. Le lendemain, il raconte lui-même toutes les péripéties de cet exploit, qu'il

se promet bien de recommencer à la première occasion. Deux jours après, il se précipite sur un gardien, auquel il donne un coup de couteau, qui heureusement porte à faux, mais qui est assez violent pour que la lame se casse; la douche est seule capable de lui inspirer quelque regret d'un acte d'une aussi sauvage brutalité et qui n'avait d'autre but qu'une nouvelle tentative d'évasion. L'excitation intellectuelle est vive, mais les erreurs de jugement sont nombreuses; aussi conçoit-il les projets les plus extravagants, aussitôt abandonnés que conçus. On n'a pas de peine à reconnaître qu'un état hallucinatoire est le point de départ de conceptions délirantes, qui ne l'empêchent cependant pas d'observer finement ce qui se passe autour de lui. Cet état d'excitation a amené chez notre malade une notable perturbation des fonctions digestives et une constipation opiniâtre, qu'il faut combattre par des purgatifs. Le sommeil est léger et peu prolongé; sans qu'on puisse dire qu'il y a lésion proprement dite des sentiments affectifs, on remarque qu'ils sommeillent, le sentiment de la personnalité absorbant toute son existence. Il y a quelque difficulté dans la marche, mais la parole est nette, sans présenter aucun embarras. Toutefois, les prodromes de l'affection ayant présenté notoirement une teinte hypochondriaque, nous pouvons craindre encore la paralysie générale, si l'intensité du délire, venant à persévérer, faisait passer cette affection de la période dynamique à une seconde période, caractérisée par des accidents organiques. Si nous classons ce malade parmi les maniaques, c'est que l'état convulsif domine la situation et qu'aucun phénomène extatique ne vient compliquer un délire intelligent dans ses détails, mais incohérent dans son ensemble. Il est donc essentiel de le maintenir en vue d'une guérison possible, et dans l'intérêt de la sécurité publique, que sont de nature à compromettre les violences auxquelles il se porte.

RENAUDIN.

26 avril. Aucun changement ne s'est opéré dans l'état mental de M. B...; le délire persiste avec les mêmes idées, les mêmes caractères et la même intensité. Il est presque continuellement excité, commet des extravagances de toute espèce, détruit les objets qui peuvent tomber sous sa main, se montre dangereux pour ceux qui l'entourent et n'épargne pas même sa propre personne. Les nuits participent de l'agitation du jour et, par conséquent, M. B... est incapable de goûter un instant de repos. — ROUSSEAU.

27 mai. L'état de M. B... est toujours le même. Le délire des actes a la même intensité. Toute observation qu'on lui fait à cet égard échoue contre les raisons spécieuses, au moyen desquelles il élude tout ce qu'on lui dit. On ne peut obtenir qu'il soigne sa tenue; il détruit tout ce qui tombe sous sa main. Son matelas, son sommier ont été démolis par lui plusieurs fois. Il y a deux jours, il a démonté sa table de nuit, et il reste à peine quelques traces du papier, qui tapissait sa chambre; une chaise est l'affaire d'un après-midi; en un mot, son instinct de destruction s'étend à tout ce qui est à sa portée. Il explique ces faits, en les présentait comme de notables améliorations introduites dans le matériel de l'établissement. On ne remarque plus pour l'instant les conceptions délirantes, signalées au début de son séjour ici; mais l'incohérence des actes ne se modifiant pas, le pronostic ne saurait être favorable pour le moment. La lettre, qu'il a reçue de sa sœur, a été prise par lui avec indifférence et sans aucune manifestation de sentiments affectifs. Il a mis peu d'empressement à y répondre, et quand on a insisté, il a pris, pour écrire, de l'urine au lieu d'encre. Tout ressort intellectuel n'est cependant pas encore détruit. On lui fait faire dans le parc des promenades assez longues, mais il refuse quelquefois, pour pouvoir céder à ses instincts destructeurs. Il mange peu proprement et gaspille souvent sa nourriture. Il est sujet à la constipation; des bains et des purgatifs variés sont les

moyens dont on fait principalement usage avec lui. —
RENAUDIN.

44 juin. L'excitation incohérente est toujours la même, quelques moyens que l'on oppose à cette affection. Les impulsions irrésistibles à détruire sont incoercibles. Il détériore tout ce qui est à sa portée, et malgré la surveillance la plus active, il est d'une remarquable adresse pour briser, déchirer. La nuit, il s'en prend à ses couchages. Il ne ménage pas mieux ses effets que le mobilier de sa chambre. il est arrivé quelquefois à réclamer lui-même l'application de la camisole, pour faire trêve à cette destruction. La santé physique se soutient malgré l'insomnie. Il mange bien.

45 juillet. Persistance des mêmes conditions délirantes, tendances irrésistibles à la destruction, arrangeur habile des idées les plus disparates, oubli de tous soins dans sa tenue, réfractaire à toute influence morale. — RENAUDIN.

20 août. On n'observe aucune modification favorable.

27 septembre. Dans les premiers jours de septembre, ce malade, au pied droit duquel était survenu un érysipèle phlegmoneux, reprit un peu de calme sous l'influence de ce fait, qui a eu tous les effets d'une crise. Depuis lors, l'amélioration a été progressive. L'emploi de l'électricité a rendu la vie au bras droit et la constitution s'est fortifiée. Aujourd'hui, le malade peut être rendu à sa famille dans un état relativement très satisfaisant. Toutefois, il importe qu'il suive un régime régulier; qu'il s'abstienne de tout travail fatigant, sans quoi une rechute grave serait à craindre.

Cette observation, recueillie par MM. Renaudin et Rousseau, nous semble un cas assez probant de guérison de la périérébrite à la première période.

Novembre 1864. Le malade, depuis deux ans, n'a pas cessé de jouir un instant de toute la plénitude de ses facultés cérébrales. Retourné à Paris, il a mené cependant une vie très active. Un inspecteur de ponts et chaussées, bien que

connaissant son accès de folie, a cru pouvoir le désigner pour aller diriger au Mexique une vaste exploitation industrielle, et nous a écrit une lettre, pour nous demander si une rechute ne serait pas à craindre. Sur ce point, nous avons cru devoir ne rien affirmer, en raison de la tendance congestive, que présente chez lui le cerveau.

Observation II

Suppression du flux hémorrhoidal. — Contrariétés nombreuses. — Délire ambitieux. — Léger embarras de la parole. — Convulsions des muscles des lèvres. — Inégalité des pupilles. — Anesthésie. — Traitement antiphlogistique; tartre stibié élevé jusqu'à la dose de 1 gr. 10; saignées; bains prolongés; purgatifs. — Guérison apparente pendant trois ans.

Le nommé G... (Honoré), marié, catholique, maréchal, âgé de quarante ans, né et domicilié aux Aubiers (Deux-Sèvres), est entré le 22 novembre 1864, à l'asile de Niort.

Il a reçu une instruction primaire, et il a acquis, seul, quelques notions de l'art vétérinaire.

Il est d'un caractère doux, paisible, et il est très facile à vivre. Son tempérament est sanguin, sa constitution des plus robustes. D'une taille élevée, il a la tête bien conformée, le système pileux châtain, et le front dégarni de cheveux.

Depuis longtemps, il était sujet à un flux sanguin hémorrhoidal, qui s'est arrêté, sans cause connue, il y a dix-huit mois.

On ne connaît pas d'aliénés dans sa famille.

Il s'est marié, il y a sept ans, avec une fille plus âgée que lui, et qui possédait 6 à 7,000 francs, pensant être heureux avec ce petit avoir.

Sa femme est très avare, ne pense qu'à faire des économies, le prive des moindres dépenses qu'il faisait autrefois avec ses amis, et le contrarie continuellement.

Cet homme, qui n'a pas beaucoup d'énergie et qui aimait

la paix, voulait cacher sa position malheureuse, et concentrait son chagrin en lui-même.

L'acquisition d'un petit champ, que sa femme voulait faire porter sous le nom d'un étranger, a fini par lui faire perdre la tête; il y a vingt jours.

Il troublait le repos public, parlait de ses privations d'argent, du mécontentement qu'il ressentait pour sa femme, s'imaginait en avoir épousé une autre, qui était douée de toutes les qualités et qui le rendait très heureux. A son entrée à l'asile, il présente un délire ambitieux très intense. Il a dix femmes charmantes, et l'empereur, son plus intime; son meilleur ami, veut qu'elles soient toutes à la cour; il ne parle que de ses milliards, de ceux qu'il a et de ceux qu'il gagne, en achetant et en vendant des millions de chevaux. On l'a mis en prison quinze jours (il est resté ce temps à l'hôpital de Bressuire), et, en sortant, on lui a donné une indemnité de cent milliards. Il est le meilleur vétérinaire du monde, est fort comme Hercule, donne des millions à tout le monde, et va éteindre le paupérisme en Europe. Personne n'est aussi bon chanteur que lui; il est plus puissant que l'empereur, qu'il laisse sur le trône, parce qu'il est son ami, et qu'il est bon enfant.

La pupille droite est un peu plus large que la gauche. On constate un léger embarras de la parole, et quelques tremblements des lèvres pendant l'articulation des mots.

La sensibilité paraît affaiblie; il se dit insensible à la douleur et s'arrache, pour le prouver, des poils de barbe et des cheveux.

Il est très excité, parle, gesticule continuellement. Saignée de 500 grammes.

25 novembre. Même état. Julep avec 0,20 tartre stibié.

26 novembre. Vomissements nombreux et selles abondantes. Même prescription.

27, 28, 29 novembre. Même julep à prendre en quatre fois.

30 novembre. Selles abondantes, trois bouillons.

2 et 3 décembre. Diarrhée ; demi-portion d'aliments.

5 décembre. L'agitation augmente au lieu de diminuer. Il déchire sa cravate, pour faire du caoutchouc. Bain de trois heures ; julep stibié 0,20. Les selles sont sanguinolentes, et il dit que le sang vient de ses hémorroïdes.

6 décembre. Mêmes prescriptions.

7 décembre. Agitation continuelle ; on est forcé de lui mettre la camisole, pour l'empêcher de déchirer ses effets. Le délire ambitieux est toujours aussi prononcé.

L'empereur doit venir le voir, et Dieu le visite toutes les nuits. Il frotte ses manches l'une contre l'autre, et prétend développer ainsi des quantités considérables d'électricité, avec laquelle il enchaînera les lions, les tigres et tous les animaux féroces.

Il est très heureux, très doux, ne se plaint de rien, et trouve que la camisole qu'on lui met n'est jamais assez serrée.

80 pulsations, saignée de 500 grammes. Julep stibié 0,20.

8 décembre. La diarrhée continue et les selles sont toujours sanguinolentes. Suppression du tartre stibié.

9 décembre. La diarrhée est arrêtée, mais le flux hémorroïdal continue. Même état cérébral. Agitation très grande. Julep stibié 0,30.

10 décembre. Il rend du sang en allant à la selle, mais n'a plus de diarrhée. Julep stibié 0,40.

11 décembre. La quantité de sang, mêlé aux selles, diminue. Même délire. Il a des coffres remplis de pierreries, mais l'électricité surtout occupe ses pensées. Il déchire ses vêtements pour faire du caoutchouc, avec lequel il construit des chiens, que l'électricité anime, et qui lui servent pour chasser.

Il a un sac, plein de fluide électrique, avec lequel il guérit tous les malades. Il est content, heureux, mais se fâche un

peu, quand on le contredit. Il sait qu'il est dans une maison de santé, et il croit qu'on l'y a amené pour le plaisir de le purger, de le saigner, etc. Il n'est pas malade et se porte très bien. Julep stibié, 0,50.

12 décembre. Il déchire tous ses effets et prétend que c'est pour les arranger au moyen de l'électricité ; l'empereur lui a donné une partie de la France, et personne n'est aussi riche que lui ; il construit des églises, des monuments, agrandit l'hôpital au moyen du caoutchouc et de l'électricité. Une demi-heure lui suffit pour bâtir une église, et avec le galvanisme il fait tout ce qu'il veut. La sensibilité est obtuse ; quand on le pince, il dit qu'on ne lui fait pas de mal, et nous engage à serrer plus fort. La mémoire est affaiblie. Il sait son âge, l'année et la date du mois, cependant, avant de dire que nous sommes en 1864, il dit d'abord 1841, et ne se reprend que quand on lui fait remarquer qu'il se trompe.

Même agitation. L'embarras de la parole, s'il existe encore, est difficilement appréciable.

La pupille droite est toujours plus large que la gauche.

Il n'a pas de diarrhée et rend très peu de sang en allant à la selle. Julep stibié, 0,60.

13 décembre. Flux hémorrhoidal très considérable. Julep stibié, 0,70.

14 décembre. Même état cérébral. Il a vomi hier plusieurs fois. Pas de sang dans les selles. Julep stibié, 0,70.

16 décembre. Il est triste, ce matin, il pleure pendant la visite, et se désole d'avoir la camisole. Même délire ambitieux. Un peu de sang pendant les défécations. Pas d'embarras de la parole. Inégalité des pupilles. Julep stibié, 0,80.

17 décembre. Pas de diarrhée. Persistance du flux hémorrhoidal. Il dit que son sang est très précieux, qu'il contient beaucoup de substances tinctoriales, qu'il faut le conserver et qu'il se vendra très cher. Julep stibié, 0,90.

18 décembre. L'agitation augmente plutôt qu'elle ne diminue. Pas d'embarras de la parole. Pupille droite plus large que la gauche. Julep stibié 4 gramme.

19 décembre. Il déchire tout, pour faire du caoutchouc avec l'électricité. Pouls à 64, irrégulier, très fort et bondissant. Il y a une intermittence après 5 ou 6 pulsations.

Bain de trois heures, saignée de 500 grammes. Julep stibié, 4 gramme.

20 décembre. Hier, il s'est trouvé mal, pendant qu'on le saignait, et on ne lui a retiré que 200 grammes de sang. Même état. Julep stibié 4 gr. 40.

21 décembre. Il est très agité, pleure, se désole d'avoir la camisole et de ne pas sortir. Il n'a pris hier que la moitié de son julep et se plaint de l'estomac.

Un peu de diarrhée sanguinolente. Julep sibié, 4 gramme.

23 décembre. Il est plus calme, mais déchire toujours. Persistance du délire ambitieux et de l'affaiblissement de la sensibilité.

Bain de quatre heures. Julep stibié, 4 gramme.

24 décembre. Même état. Il prétend qu'il ne déchire plus ses effets, mais qu'il en fait des neufs avec des vieux. Pas de diarrhée, selles mêlées de sang. Elles contiennent, dit-il, des lingots d'or. C'est une mine précieuse pour la maison. Il se plaint de raideur et d'engourdissement dans les jambes et les bras, qui seraient plus marqués à gauche.

L'embarras de la parole n'est pas appréciable.

Pupille droite plus large que la gauche.

Il nous dit que ses hémorroïdes datent de l'âge de quinze ans, mais qu'avant de venir à l'asile, elles ne coulaient que tous les six mois, à moins qu'il ne fit des excès de table, qui rendaient leur flux plus fréquent. Julep stibié 4 gramme.

26 décembre. Il est calme, mais très impressionnable. Il pleure, se désole. Délire ambitieux, moins, exubérant. Il a vomé hier et avant-hier. Julep stibié, 4 gramme.

27 décembre. Il ne déchire plus, mais le délire ambitieux est toujours le même. Même julep.

28 décembre. Même état mental, même inégalité des pupilles. Il vomit depuis plusieurs jours après ses repas. Poulx à 84. Bain de trois heures, pas de julep.

31 décembre. Il a vomé hier deux ou trois fois. Il est assez calme et ne déchire plus. Bain de trois heures.

2 janvier 1862. Il commence à avoir conscience de son état, et à reconnaître que ses milliards, ses terres immenses, ses chevaux de prix, ses femmes riches, n'étaient qu'un rêve de son imagination malade. Il semble tout étonné d'avoir un peu de bon sens et d'avoir pu divaguer de tant de manières. Il se plaint d'éprouver de la raideur dans les membres et une sensation de pression sur les articulations tibio-fémorales. Bain de trois heures. Julep stibié 1 gramme.

3 janvier. Le délire ambitieux est revenu comme dans les premiers jours de sa maladie, et quand on cherche à le convaincre de l'insanité de ses idées, il nous répond que nous nous moquons de lui. La France entière, la Calabre, Venise, Gênes, Jérusalem, la Tartarie lui appartiennent. Il voit sur les murs des bœufs, des navires, des chevaux, trainant de magnifiques voitures en caoutchouc, et qu'il vendra un million.

4 janvier. Vomissements et diarrhée. Même délire. Bain de trois heures. Même julep.

6 janvier. Il recommence à déchirer. Il a vomé hier plusieurs fois pendant et après son dîner.

Pupille droite toujours plus dilatée que la gauche. Même délire ambitieux. Bain de quatre heures. Julep stibié 0,50.

7 janvier. Nombreux vomissements. Même état normal. Même julep. Bain de quatre heures.

8 janvier. Les vomissements continuent au moment des repas. On supprime son julep. Bain de quatre heures.

11 janvier. Même délire ambitieux, même inégalité

des pupilles. Pas d'embarras notable de la parole. Il continue à déchirer. Bain de trois heures.

12 janvier. Il butte dans un crachoir, tombe par terre, et se fait une forte contusion à la tête et à la joue droite. Quand on le relève, il est sans connaissance et les membres sont très raides. Il reste quelques minutes dans cet état, et lorsqu'il revient à lui, il est tout hébété; saignée de 500 grammes.

14 janvier. Il ne déchire plus. Hier il a commencé à travailler un peu. Bain de trois heures.

17 janvier. Il a été très calme, n'a pas déchiré et a travaillé une partie de la journée. Bain de trois heures.

20 janvier. Il recommence à déchirer. Julep stibié, 0,30. Bain de trois heures.

21 janvier. Il a vomi beaucoup hier. Même état, même inégalité des pupilles. Il ne déchire pas. Julep stibié 0,30.

22 janvier. Il continue à vomir, montre beaucoup d'impressionnabilité et pleure d'être retenu ici. Même julep.

23 janvier. Il est tranquille, ne déchire plus et travaille une partie de la journée. On le passe dans la section des plus tranquilles. Il a vomi hier. Même julep.

24 janvier. Les vomissements sont arrêtés. Persistance du délire ambitieux. Même julep.

27 janvier. Enflure des jambes. Moins de délire ambitieux. Il attache moins d'importance à ses idées de grandeur et de richesse. Même julep. Ni sucre, ni albumine dans les urines.

29 janvier. Vomissements. Julep stibié, 0,40.

31 janvier. Délire ambitieux moins marqué. Il y a un peu d'embarras de la parole, et les lèvres tremblent légèrement, quand il articule les mots. Il est très calme. Il a vomi hier et ce matin. Même julep stibié.

1^{er} février. L'œdème des jambes persiste. Même julep stibié.

4 février. Même état. Son écriture est un peu tremblée. Vomissements. Bain de deux heures. Julep stibié 0,40.

5 février. Même état. Impressionnabilité excessive. Il pleure très souvent et sans motif. Une bouteille d'eau de Sedlitz.

6 février. Pas de changement. Bain de trois heures.

7 février. Le calme continue.

8 février. Même état. Bain de trois heures.

9 février. Il demande souvent à s'en aller. Délire ambitieux mais peu intense. Même inégalité des pupilles. Léger embarras de la parole. Quelques mouvements convulsifs de la lèvre inférieure, quand il parle. L'œdème des jambes persiste. Ni sucre, ni albumine dans les urines. Bain de trois heures.

11 février. Amélioration notable. Les idées sont mieux enchaînées, moins subjectives. Bain de trois heures.

12 février. Nausées, langue couverte d'un enduit épais et blanchâtre; 0,15 de tartre stibié à prendre en deux fois. Trois bouillons.

13 février. Il va bien aujourd'hui, et demande à sortir avec beaucoup d'insistance. Régime ordinaire.

14 février. Même état. Bain de deux heures.

17 février. L'œdème s'étend jusqu'à la partie supérieure des cuisses, mais va en diminuant de bas en haut. Hier, dit-il, les tuniques des testicules étaient enflées, mais aujourd'hui cet œdème a disparu. Il pleure souvent sans motif. Même état. Inégalité des pupilles. Embarras de la parole douteux. Légers mouvements convulsifs de la lèvre supérieure. Ses idées ambitieuses sont tournées aujourd'hui du côté de l'agriculture. Dans quelques années il aura une belle propriété; il va faire des engrais, des élèves, avec lesquels il gagnera beaucoup d'argent. Sa femme n'a pas été bonne pour lui. Il se séparera d'elle,

gardera son bien, et lui fera une rente de 200 francs, à moins qu'il ne l'envoie comme folle à l'asile de Niort. Sa séquestration à lui est injuste; il n'a jamais été malade, et va écrire à l'empereur, pour qu'on lui paie une indemnité. Bain de quatre heures.

20 février. Bain de deux heures.

21 février. Même état.

22, 24 et 25 février. Bain de trois heures.

27 février. Le calme persiste. Même inégalité des pupilles. Pas d'embarras de la parole. Même état mental. Même œdème des jambes.

3 mars. Il veut s'occuper de chimie, quoiqu'il n'en connaisse pas un mot. Il n'a jamais eu, dit-il, de millions, mais il pourra facilement acquérir une petite fortune, en se livrant à l'agriculture et surtout à l'élevage des bestiaux. Impressionnabilité très grande. Quand il parle, la lèvre supérieure tremble beaucoup. Inégalité des pupilles. Pas d'embarras de la parole, œdème des jambes. Il se trouve dans un état de santé satisfaisant et demande à sortir.

6 mars. Même état. Bain de trois heures.

10 et 11 mars. Bain de trois heures.

19 mars. Le délire ambitieux a presque complètement disparu. Impressionnabilité très grande. Il pleure presque toutes les fois que nous lui parlons, et insiste beaucoup pour s'en aller.

1^{er} avril. Il n'a plus d'idées délirantes, ne déchire plus, ne met plus rien dans ses poches. Pas d'embarras de la parole. La pupille droite se rétrécit, et a presque aujourd'hui le même diamètre que la gauche. Il travaille toute la journée au jardinage. Il manque d'énergie morale, et est facile à conduire comme un enfant. Même impressionnabilité, même œdème des jambes.

4^e mai. La guérison se maintient et la pupille droite est revenue presque à son état normal. Il se plaint de rai-

deur dans la jambe droite, qui a toujours été moins flexible que l'autre, parce qu'au moment de sa naissance, elle était, dit-il, fléchie, et qu'elle est restée dans cet état quinze jours après. Il n'a plus d'idées délirantes. L'énergie morale est affaiblie, et il est peut-être encore porté à se faire quelques illusions.

40 mai. Nombreux boutons d'acné au bras. Même état.

Il est tranquille et travaille avec intelligence toute la journée. L'impressionnabilité persiste. Il pleure facilement et désire beaucoup sa sortie. Bouteille d'eau de Sedlitz, et trois bouillons aux herbes. Un pot d'orge.

44 mai. Régime ordinaire.

49 mai. Même état. Bouteille d'eau de Sedlitz, trois bouillons aux herbes, un pot d'orge.

26 mai. Nouvelle purgation.

28 mai. Il va très bien et insiste beaucoup pour obtenir sa sortie. On ne constate plus aucun trouble de l'intelligence ni de la motilité. Il paraît plus impressionnable. Les pupilles sont égales. La parole est très nette et les mouvements des membres très libres. L'œdème des jambes a disparu.

29 mai. Il sort aujourd'hui et retourne chez sa femme. Nous eussions désiré le garder beaucoup plus longtemps pour voir si la guérison se maintiendrait, mais il désirait tellement sa sortie, que nous craignions que l'ennui de sa séquestration n'amenât une rechute. Sa femme d'ailleurs a promis de veiller sur lui et de moins le contrarier qu'elle le faisait autrefois.

4^{er} mars 1863. Sa femme nous a fait dire que la guérison de son mari se maintenait et qu'il était entièrement revenu à son état normal.

Lui-même nous a écrit deux lettres très sensées et dont la dernière ne remonte qu'à quelques jours. Il se faisait une idée très juste du mode de production de sa maladie,

qu'il attribuait à une congestion cérébrale, provoquée probablement par la suppression du flux hémorrhoidal.

Septembre 1864. Je viens de recevoir du nommé G... une lettre très sensée qui prouve que la guérison continue à se maintenir.

Il a succombé au mois de juillet 1867. Après s'être bien porté pendant trois ans, m'a écrit sa femme, il a été pris subitement d'une paralysie sur la langue, puis il est tombé peu à peu en enfance, et enfin il a succombé après d'atroces douleurs, qui avaient fini par lui enlever l'usage de tous ses membres.

Observation III

Excès vénériens et alcooliques. — Epistaxis fréquentes. — Diathèse goutteuse. — Chagrins produits par la perte de sa fortune. — Délire ambitieux. — Inégalité des pupilles. — Léger embarras de la parole. — Mouvement vermiculaire des lèvres. — Agitation violente. — Bains, saignée, tartré stibié, bromure de potassium. — Guérison se maintenant pendant 17 ans. — Mort de cirrhose atrophique.

7 août 1864. M. V... âgé de 44 ans, négociant en vins, entre aujourd'hui à l'asile. Il a cinq enfants, quatre filles et un garçon, dont aucun n'a eu de convulsions pendant son enfance et qui se portent tous très bien, sans présenter aucun phénomène nerveux morbide. Il a un frère, dont la conduite a toujours été déréglée. Son éducation a été soignée et son instruction assez élevée.

Il est d'un tempérament bilioso-sanguin, d'une taille élevée, d'une constitution forte. Le système pileux est noir, très développé, la peau a une teinte légèrement jaunâtre.

Il est sujet à la goutte et à de fréquentes épistaxis. L'année dernière, celles-ci ont été excessivement abondantes et ont déterminé chez lui une profonde dépression cérébrale. Les forces sont revenues après un traitement hydrothérapique. Il a commis beaucoup d'excès vénériens et d'excès alcooliques.

La maladie remonte au 15 juin dernier. Elle consiste dans du délire ambitieux, de l'agitation et de l'incohérence. Elle a été provoquée par la perte de sa fortune, qui s'élevait à près de 200,000 fr., due à une mauvaise gestion et à une grande négligence de ses affaires. Cette perte, qu'il a voulu cacher à sa femme jusqu'au dernier moment, lui a causé beaucoup de chagrin. Il a découvert en outre qu'un de ses tonneliers avait été en partie la cause de sa ruine, en substituant dans ses caves des vins ordinaires à des vins fins; et cette découverte, qui a déterminé chez lui une vive irritation, paraît avoir été la cause occasionnelle de sa maladie.

8 août. Insomnie. Agitation, loquacité, délire ambitieux incohérent. Pupille gauche plus large que la droite. Léger embarras de la parole. Mouvements vermiculaires des lèvres quand il parle. Raideur des jambes dont il a lui-même conscience.

Il se croit très bon musicien, tandis qu'il est d'une force médiocre; et, il ne doute pas un instant qu'il puisse devenir rapidement millionnaire, en faisant des spéculations sur les vins et à la Bourse. Bain de trois heures avec irrigation d'eau froide sur la tête.

9 août. Il est plus calme. Impressionnabilité très vive. Même bain qu'hier.

Du 10 au 14 août. Même traitement.

15 août. Il est tranquille, mais d'une irritabilité très grande. A la moindre contrariété, il s'emporte, frappe du pied. Il rit ou pleure, comme un enfant, pour le plus léger motif. Même délire ambitieux. Même inégalité des pupilles. L'embarras de la parole est peu marqué. Il prétend être aussi fort sur la flûte et le hautbois que les meilleurs musiciens, tandis qu'il joue très mal de ce dernier instrument et qu'il n'est que d'une force très ordinaire sur le premier. Il croit toujours pouvoir rapidement regagner l'argent qu'il a perdu.

Du 15 au 30 août. Bain de trois heures tous les jours avec eau froide sur la tête.

31 août. Il est très excité ce matin. Même bain.

2 septembre. L'agitation est devenue très vive. Il donne tout ce qu'il a aux infirmiers, ne veut plus de ses instruments de musique. Incohérence des idées. Délire ambitieux. Idées érotiques. Quelques actes de violence envers son gardien. Il a écrit une lettre à Mgr l'évêque de Dijon, pour le prier de venir le rendre à la liberté. Il ne parle que de ses millions, de ses capacités intellectuelles très rares. Même inégalité des pupilles. Embarras de la parole très peu marqué. Bain de trois heures avec eau froide sur la tête.

3 septembre. Nuit très agitée. Il a beaucoup crié et chanté. Insomnie. Saignée de 500 grammes. On le passe à la division des agités.

Du 4 au 13 septembre. Bain de trois heures tous les jours avec eau froide sur la tête.

14 septembre. Il est moins agité et on peut le replacer dans sa chambre à la division des tranquilles. Même délire ambitieux.

19 septembre. L'agitation est redevenue très vive; il est repassé de nouveau à la section des agités. Depuis deux jours, il prend du tartre stibié à haute dose, 0,30 par jour. Délire ambitieux incohérent. Pupille gauche plus dilatée que la droite. Quand l'agitation devient excessive, les pupilles se contractent et l'inégalité disparaît. L'embarras de la parole n'est pas appréciable. Pouls accéléré; 140 pulsations. Sensibilité abolie; poses extatiques pendant ses crises. Phlegmon du bras gauche à la suite d'une excoriation de la partie postérieure du coude. Julep avec tartre stibié 0,30. Bouillons.

20 septembre. Nuit très agitée. A la visite du matin, il est plus calme, mais très incohérent. Pouls à 80. Le phlegmon du bras n'augmente pas. Trois soupes. Julep avec 0,20 de tartre stibié. Bain de quatre heures.

21 septembre. Régime ordinaire. Julep stibié 0,30. Bain de deux heures.

30 septembre. Tous les jours il prend des bains de deux à trois heures avec eau froide sur la tête et son julep avec 0,30 de tartre stibié. Agitation très grande. Même délire ambitieux incohérent.

5 octobre. Même agitation et même traitement. Le tartre stibié ne provoque ni diarrhée ni vomissements, mais lui donne de l'inappétence. Il prend peu d'aliments.

11 octobre. Il est plus calme. La nuit a été bonne. Il nous dit que sa tête est dégagée et qu'il se sent guéri. Le tartre stibié est remplacé par le bromure de potassium à la dose de deux grammes.

17 octobre. Il continue à bien aller. Les nuits sont bonnes; il se promène le jour avec son gardien, lit un peu, n'a plus d'idées ambitieuses. La plaie du coude, survenue à la suite de son phlegmon, a été pansée avec de la glycérine et est guérie. Bromure de potassium 3 grammes.

22 octobre. Le calme se maintient. Cependant il est encore très vif et s'emporte à la moindre contrariété. Bain de deux heures. Julep avec 3 grammes de bromure de potassium. Promenades au dehors de l'asile.

29 octobre. Même état. Quelques bains simples d'une heure. Continuation de son julep avec 3 grammes de bromure de potassium.

20 novembre. Il est très calme, n'est plus irritable, n'a plus aucune idée délirante. Les pupilles ont un diamètre égal et normal. Il reconnaît qu'il a été malade.

26 novembre. Il sort aujourd'hui complètement guéri.

Le bromure de potassium, qui a été continué jusqu'au moment de sa sortie, a eu pour effet d'amortir les désirs vénériens qui étaient vifs chez lui, et d'exciter son appétit.

Très maigre après son agitation, il n'a pas tardé à reprendre son embonpoint.

Mai 1865. La guérison persiste. Régime sobre, bromure de potassium à la dose de 3 grammes, bains fréquents, purgatifs administrés deux ou trois fois par mois, telles sont les prescriptions, que nous lui avons ordonnées à sa sortie, et que, m'a-t-il dit, il suit assez régulièrement.

Il est mort en juin 1884 de cirrhose atrophique du foie avec ascite et œdème des membres inférieurs. Après sa sortie, il a eu quelques accès de goutte, pour lesquels il a suivi plusieurs saisons à Néris. Son régime a été loin d'être aussi sobre que celui que je lui avais conseillé.

La guérison de sa péricérébrite s'est maintenue jusqu'à sa mort, comme j'ai pu le constater souvent, ainsi que M. Petrucci, directeur-médecin en chef de l'asile de Sainte-Gémmes.

Depuis qu'il a quitté l'asile de Dijon, il n'a jamais présenté aucun trouble cérébral.

Les rechutes si fréquentes de la péricérébrite, qui font que beaucoup d'auteurs ne considèrent les guérisons que comme des rémissions, me paraissent tenir à l'état de la circulation cérébrale, chez les malades atteints de cette affection.

Celle-ci est déterminée par un excès d'activité cérébrale, qui augmente l'afflux du sang vers le cerveau et dilate les vaisseaux de cet organe. Cette dilatation vasculaire s'accroît encore pendant le cours de la maladie, par suite de la stase sanguine du début et des troubles de nutrition qui surviennent ensuite. Les parois des vaisseaux s'épaississent par la prolifération des fibres conjonctives et par une dégénérescence graisseuse; en outre, certains capillaires s'oblitérent, tandis que d'autres se dilatent outre mesure, deviennent plus ou moins variqueux. La contractilité de ces vaisseaux diminue, et il se produit une certaine gêne de la circulation cérébrale, qui prédispose à de nouvelles

stases sanguines, gêne d'autant plus grande que l'on sait que les artères cérébrales communiquent d'autant moins entre elles, qu'on s'éloigne de leur origine et qu'elles se terminent dans la pie-mère par de petites houppes indépendantes les unes des autres, d'où partent les artères nourricières de la substance corticale.

Il importe donc, si l'on veut avoir des chances que la guérison se maintienne, de prescrire, après la sortie de l'asile, un traitement qui puisse modérer et régulariser la circulation cérébrale, comme je l'ai fait dans l'observation III, traitement qu'il est malheureusement difficile de faire suivre longtemps.

La péricérébrite alcoolique guérit plus facilement que celle qui est due à des causes morales, parce que les lésions sont souvent moins étendues, moins intenses.

DE L'APHASIE

DANS SES RAPPORTS AVEC L'ALIÉNATION MENTALE

Par M. le Dr ROUSSEAU

Médecin-directeur de l'asile d'Auxerre

Une des particularités les plus remarquables de l'aliénation mentale, c'est qu'elle ne coexiste presque jamais avec l'aphasie. A cet égard, M. J. Falret est tout à fait affirmatif et il prétend que cette dernière ne se produit jamais dans la paralysie générale, ni dans aucune des formes de l'aliénation mentale (Dict. encyclop. des sciences médicales, art. *Aphasie*). M. A. Voisin admet que « l'aphasie par lésion de la circonvolution de Broca, ou par lésion du corps strié, ou enfin des fibres qui font communiquer les circonvolutions frontales avec les noyaux bulbaires, peut se rencontrer chez les paralytiques généraux tout comme chez d'autres malades » (*Traité de la paralysie générale des aliénés*, page 135). Malgré cette divergence d'opinion, il est incontestable que cet antagonisme existe réellement et que les exceptions qui se produisent sont tellement rares qu'elles ne sauraient infirmer cette règle générale.

Ayant eu nous-même l'occasion de rencontrer quelques-unes de ces anomalies, nous avons pensé qu'il serait intéressant d'étudier cette question d'une manière plus complète et de rechercher dans quelles conditions et dans quelle mesure ces contacts peuvent s'effectuer. A cet effet,

nous avons consulté minutieusement les ouvrages spéciaux et mis à contribution l'immense répertoire des *Annales médico-psychologiques* ; mais nous n'avons pu réunir qu'un très petit nombre d'observations dont quelques-unes même ne doivent être acceptées qu'avec la plus grande réserve. Cette pénurie d'observations contraste d'une façon saisissante avec l'abondance des matériaux qui se rapportent à l'aphasie simple et qui ont été livrés à la publicité depuis le mouvement scientifique provoqué par la découverte de Broca. D'autre part, on ne saurait admettre que les médecins aliénistes, qui étudient avec tant de soin les symptômes de la folie et ses complications, aient négligé de rendre compte des faits dont ils auraient été témoins et il est évident que leur silence dans cette occasion est la meilleure preuve de l'existence de cette loi d'exclusivisme.

Dans l'état actuel de la science, il est difficile d'expliquer cette sorte d'immunité dont jouissent les aliénés. On comprend jusqu'à un certain point que l'aphasie qui, somme toute, est assez rare, ait peu de chance de se compliquer de folie, tandis qu'il semblerait tout naturel que les aliénés, dont le nombre est relativement considérable, fussent particulièrement menacés de ce genre d'affection. C'est cependant le contraire qui a lieu et l'on s'est borné à constater le fait sans chercher à en déterminer la raison.

L'étude à laquelle nous nous sommes livré ne roule donc que sur des exceptions ; mais il est bon de les recueillir et de les grouper, quand même elles n'intéresseraient qu'à titre de curiosités scientifiques. De plus, comme le problème est complexe, nous avons examiné successivement : 1^o si l'aphasie et la folie reconnaissent parfois une origine commune ; 2^o si l'aphasie est susceptible de se compliquer d'aliénation mentale ; 3^o dans quelles limites les aliénés sont réfractaires à l'aphasie.

1^o *La lésion qui produit l'aphasie peut-elle causer en même temps l'aliénation mentale ?* — Cette question doit être

résolue négativement. La lésion cérébrale à laquelle nous faisons allusion est en général de nature nécrobiotique, elle détermine l'aphasie par suite de la destruction de la substance grise du cerveau, la paralysie par l'interruption des communications avec la substance blanche, les convulsions quand elle s'étend du côté des méninges et enfin, dans la plupart des cas, des troubles intellectuels. Ces derniers sont en rapport avec l'intensité du processus pathologique et consistent non pas dans la perversion, mais dans l'affaiblissement des facultés intellectuelles. A part l'aphasie, l'évolution symptomatique se comporte à peu près comme dans les autres attaques apoplectiques: Il ne serait donc pas impossible de voir parfois apparaître, en cas de lésions multiples, quelques-uns de ces états demi-vésaniques qui revêtent principalement les formes de la mélancolie, de l'hypochondrie ou de l'irritabilité agressive. Nous ne ferons que rappeler, à cette occasion, l'histoire de ce malade dont M. Legrand du Saulle a entretenu la Société médico-psychologique, dans sa séance du 30 avril 1877. Cet individu qui était réellement aphasique et qu'un autre médecin considérait en même temps comme aliéné, était accusé en outre d'avoir assassiné sa femme. Mais cette affaire est restée trop mystérieuse, au double point de vue médical et judiciaire, pour pouvoir nous servir d'exemple dans la question qui nous intéresse.

2^o *Les aphasiques sont-ils susceptibles de devenir aliénés?*
— Nous n'avons rencontré dans les auteurs aucun renseignement à ce sujet. Voici cependant deux observations que nous avons recueillies dans notre service et qui tendent à prouver que la chose est possible.

Mme X... est âgée de soixante-deux ans; son tempérament est essentiellement nerveux, et bien que sa constitution soit délicate, elle n'a jamais éprouvé de maladie sérieuse. Elle était seulement sujette à des angines qui se reproduisaient invariablement chaque hiver. Elle est in-

demne de toute affection organique, de toute diathèse, et ses parents ne lui ont légué aucune prédisposition aux maladies cérébrales. Sous l'influence de la moindre émotion, elle s'impressionnait vivement et s'exaltait quelquefois au delà de toute mesure. Elle possède un fils qui fait son désespoir à cause de sa paresse, de ses mauvaises habitudes et de son goût pour la dissipation. Au commencement de novembre 1876, ce dernier vient lui réclamer impérieusement de l'argent et comme elle refuse de le satisfaire, il s'emporte, devient furieux et la menace d'un couteau. Malgré son épouvante, elle parvient à se sauver et se réfugie chez une voisine. Saisie par le froid, car elle était à peine vêtue, elle est prise, en rentrant chez elle, d'une angine aiguë et, le lendemain, d'une sciatique du côté droit qui la fait cruellement souffrir. Cette névralgie, après avoir résisté à tous les moyens employés, se supprime brusquement le 28 novembre et, pendant la nuit suivante, Mme X... est frappée de paralysie et d'aphasie.

Voici dans quel état elle a été trouvée le lendemain matin. Elle s'agite en tous sens dans son lit, sa physionomie exprime l'effroi, elle gesticule, semble vouloir parler de ce qui vient de lui arriver, mais ne peut prononcer qu'un seul mot : *fricassée*. Le côté droit du corps est le siège d'une paralysie incomplète, qui est surtout accentuée au membre supérieur dont elle entrave notablement les mouvements. Les traits de la face du côté correspondant sont notablement déviés, quant au membre inférieur, il est à peine atteint. La sensibilité cutanée est normale et quand on pince la peau des mains, la douleur est perçue aussi vivement à droite qu'à gauche. La malade continue à se servir du mot *fricassée* et peut même en prononcer trois autres : *terriner*, *toile*, *gomme*; mais c'est principalement le premier qui constitue son vocabulaire.

Le lendemain, l'aphasie est devenue complète et elle ne fait plus entendre qu'un son inarticulé, *ma ma ma*.

Le 4^{or} décembre, c'est-à-dire trois jours après l'accident, des mouvements convulsifs apparaissent dans les parties paralysées. Ils débutent par la face, s'étendent ensuite au membre supérieur, puis au membre inférieur et enfin, envahissant le côté sain, ils se généralisent et dégénèrent en attaques épileptiformes. Ces crises se reproduisent pendant quinze jours, elles sont d'une violence extrême et se rapprochent tellement les unes des autres qu'elles laissent à peine du répit à la malade. Pendant une seule nuit, on en a compté jusqu'à 24. Elles déterminent à la fin les plus graves accidents, le cerveau et les poumons se congestionnent et la patiente tombe dans un coma profond. Une large application de sangsues amène une véritable résurrection, et à partir de ce moment, les convulsions diminuent de fréquence et d'intensité et finissent par disparaître.

C'est à cette époque que le processus pathologique subit de notables modifications et se complique de troubles intellectuels. A peine sortie de la période convulsive, la malade que l'on supposait devoir rester longtemps accablée sous le poids des épreuves qu'elle vient de subir, se trouve au contraire bientôt en état de quitter le lit. La paralysie a cédé en grande partie et il ne reste plus qu'un peu de faiblesse du côté droit. Elle commence aussi à retrouver l'usage de la parole, en continuant toutefois à remplacer les mots qu'elle a oubliés par d'autres mots plus ou moins bizarres. D'un autre côté, son caractère se modifie complètement, elle prend en haine sa famille, son médecin, les sœurs qui la soignent et même tout son entourage. Ce qu'il y a surtout de remarquable, c'est que cette aversion se porte principalement sur les personnes qui lui étaient le plus chères, tandis qu'elle accorde son amitié à celles qu'elle détestait autrefois. Elle croit que tout le monde est d'accord pour la voler, la tourmenter et la faire mourir de faim. Quand on l'approche, elle s' imagine qu'on veut lui faire du mal, et alors elle devient agressive et cherche

à éloigner ses prétendus ennemis en les frappant avec les différents objets qui se trouvent à sa portée. Ces idées de persécution l'absorbent continuellement et ne lui laissent que quelques rares moments de repos. On la voit marcher à grands pas dans sa chambre, soupirer, pleurer, pousser des cris; il lui est même arrivé de vouloir se précipiter du haut d'une fenêtre. Elle se livre aussi à des actes qui présentent tous les caractères du délire; elle cache tout ce qu'elle peut dans les tiroirs de sa commode; elle refuse la tisane qu'on lui offre et s'en prépare avec du sucre et une cuillère à café qu'elle cherche à faire fondre dans de l'eau; elle place une clef devant le feu et se comporte comme s'il s'agissait de faire cuire une substance alimentaire. Elle éprouve de temps à autre des troubles sensoriels consistant en des hallucinations et des illusions; tantôt elle commet des erreurs de personnalité, tantôt elle perçoit des visions. Il lui est arrivé un jour de rester plusieurs heures de suite immobile dans un fauteuil, l'œil fixé sur un point du parquet qu'elle frappait du pied en disant : *là, là.*

A la fin de décembre, tous ces différents symptômes augmentent d'intensité, l'agitation devient continue et incoercible, la malade se sauve dans les rues, fait mille extravagances et donne le spectacle du désordre le plus complet des idées et des actes. Une pareille situation ne pouvant se prolonger davantage, on se décide à la transférer à l'asile d'Auxerre, où elle arrive le 29 décembre 1876.

A peine installée dans l'établissement, le calme se rétablit comme par enchantement et voici dans quel état la malade se trouve à cette époque. Il existe de l'amaigrissement, la faiblesse est générale, elle ne marche qu'à la condition d'être soutenue. Les pupilles sont inégales, la gauche est plus dilatée que la droite, les traits de la face ne présentent aucune déviation, le côté gauche du corps est analgésique, les puissances musculaires sont visiblement déprimées; la jambe droite est couverte de furoncles. Sans

les renseignements positifs qui ont été communiqués, on aurait pu croire que l'hémiplégie avait eu lieu à gauche. Les facultés intellectuelles sont engourdies, la parole est embarrassée, son vocabulaire s'est notablement augmenté, et bien que l'amnésie porte sur un grand nombre de mots, elle peut encore se faire comprendre et répondre tant bien que mal aux questions qu'on lui adresse, mais sans qu'il lui soit possible de construire régulièrement une phrase. Elle change les lettres, remplace les *t* par des *l* et prononce certains mots de la façon la plus bizarre. Quant aux objets dont elle a oublié les noms, elle les appelle *œuf* ou *oiseau*. Elle a conscience de son erreur et on la voit faire toute sorte d'efforts pour retrouver le terme convenable et se dépitier de son impuissance. Elle répète tout ce qu'on prononce devant elle et quand on l'invite à lire à haute voix, elle s'en acquitte assez convenablement et sans trop d'hésitation.

Son écriture présente beaucoup plus de désordres. Elle écrit *motre* pour *montre*; *une chettes* pour une chaîne; *mable* pour visite; *c'est augusta a defra de dépuillé à aiguer dabis*, pour *c'est aujourd'hui le 2 janvier 1877*.

Enfin, elle a oublié tous les détails de sa maladie jusqu'au moment où elle a été conduite à Auxerre.

Cette affection, dont le pronostic paraissait si grave, s'est rapidement améliorée sous la seule influence d'un traitement tonique et reconstituant. L'on vit successivement les facultés intellectuelles reprendre leur fonctionnement normal, la sensibilité générale se réveiller, les sentiments affectifs renaître, la mémoire devenir plus fidèle et les forces se relever. D'un jour à l'autre, on constatait un nouveau progrès et quand elle est sortie le 8 février 1877, après un mois et demi de traitement, la guérison était complète et elle s'exprimait avec la même facilité et la même correction qu'autrefois.

Cette observation présente un intérêt incontestable. On

remarquera d'abord la genèse de l'ictus apoplectique qui s'est produit immédiatement après la brusque disparition d'une névralgie sciatique, puis la multiplicité des accidents et la marche rapide vers une terminaison favorable. Mais ce qu'il y a de plus remarquable, c'est la complication d'un véritable délire vésanique, à forme lypémanique, avec troubles psycho-sensoriels, qui est venu imprimer au syndrome pathologique une apparence tout à fait inaccoutumée.

Si maintenant on procède à l'analyse des faits, on sera tenté, à première vue, de supposer qu'on se trouve en présence d'un cas tout à fait exceptionnel et de rattacher la folie à la même cause qui a produit l'hémiplégie droite, l'aphasie et les convulsions. Mais cette interprétation n'est pas acceptable, si l'on tient compte des commémoratifs et des caractères du délire.

C'est pourquoi nous pensons qu'il est plus logique et plus conforme aux vrais principes d'admettre que, dans le cas qui nous occupe, l'aphasie et la folie reconnaissent de part et d'autre une origine parfaitement distincte; que la première est le résultat d'une attaque hémorrhagique ou nécrobiotique et que la seconde dérive d'une commotion émotive. En effet, notre malade, après la scène terrible qui s'était passée entre elle et son fils, avait déjà contracté le germe de la folie, et il est très probable que, quand bien même l'attaque n'aurait pas eu lieu, elle n'en serait pas moins devenue aliénée. On objectera certainement qu'aus sitôt que la réparation de la lésion cérébrale a été effectuée, tous les accidents somatiques et psychiques se sont dissipés, ce qui constituerait la meilleure preuve de leur consanguinité pathologique. Mais on pourra répondre que la folie émotive vient souvent se greffer sur une affection préexistante et qu'elle en suit la destinée, obéissant à ses oscillations et finissant parfois par s'éteindre avec elle.

Chez une autre de nos malades qui présente aussi des

troubles du côté du langage et de l'intelligence, les accidents se sont produits à des intervalles très éloignés les uns des autres, de façon qu'on a pu constater qu'ils ne possédaient aucune origine commune, que les causes déterminantes étaient parfaitement distinctes et que leur évolution s'est accomplie dans une complète indépendance.

M^{me} de K... est entrée dans l'établissement le 23 décembre 1877. Dix-huit mois auparavant, cette malade, à la suite d'une attaque apoplectique, a été frappée d'une hémiplegie du côté droit et est devenue en même temps aphasique. Au bout d'un an, les accidents paralytiques s'étaient tellement amendés qu'elle pouvait se livrer, comme par le passé, à ses occupations habituelles, mais la parole lui faisait toujours défaut, et, quand elle avait besoin de sortir, elle se faisait accompagner par une personne qui lui servait d'interprète. Malgré son infirmité, elle paraissait aussi lucide que possible. Il y a trois mois, elle éprouve de violents chagrins qui finissent par troubler complètement sa raison. Le délire revêt la forme lypémanique et, comme elle en était arrivée à refuser toute nourriture, on s'est trouvé dans l'obligation de la placer dans une maison de santé.

Elle est profondément triste, elle ne fait que pleurer, gémir et se défie de toutes les personnes qui l'approchent. Elle ne peut rester en place, elle s'agite fréquemment et devient parfois agressive. Quand sa surveillante lui apporte sa nourriture, elle lui jette les plats à la figure. Ses convictions erronées sont entretenues par des hallucinations et des illusions des sens, elle a des visions et retrouve autour d'elle ses anciennes connaissances. L'aphasie s'est notablement accentuée depuis l'invasion de l'aliénation mentale, son langage est inintelligible. Elle a conservé le souvenir de quelques mots qu'elle emploie avec assez de justesse et spontanément : *Je suis malade, chez moi, mignonne*; elle prononce aussi le nom de son frère et celui d'une de ses

nièces; mais quand on veut la faire causer, elle répond en se servant d'expressions qui n'ont aucun sens et qui reviennent invariablement sur ses lèvres. Sa mimique est vive et animée, elle indique facilement ses besoins, ses désirs et les endroits où elle souffre. Quand on la fait écrire, elle se borne à signer son nom quelle que soit la phrase qu'on lui ait dictée. D'autre part, elle semble comprendre ce qu'elle lit; son paroissien est souvent entre ses mains, elle en suit les lignes et les pages avec une grande attention, sans se comporter comme certains aliénés qui regardent invariablement le même endroit d'un livre et le tiennent même parfois à l'envers. Quand elle reçoit une lettre de ses parents, elle en prend connaissance avec impatience et en éprouve la joie la plus vive. Du reste, les sentiments affectifs sont extraordinairement développés à l'égard de certaines personnes. Elle parle à tout moment de sa nièce, et cette dernière étant venue un jour lui rendre visite a failli être étouffée dans les étreintes de ses embrassements convulsifs.

Le côté droit de la face est le siège d'une légère atrophie, la pupille du même côté est plus dilatée que l'autre, il existe de la faiblesse dans les membres correspondants, la langue se meut avec la plus grande facilité.

Le délire avait subi une rémission notable et les parties, où était circonscrite la lésion du mouvement, avaient recouvré d'une façon complète leur fonctionnement normal, lorsque, le 31 mars 1879, elle éprouve une nouvelle attaque. Le membre inférieur gauche est frappé de paralysie et d'anesthésie et cette dernière envahit en même temps tout le côté correspondant.

Le 9 avril, l'avant-bras se contracture et les doigts se fléchissent fortement. Les parties malades deviennent le siège de vives douleurs, il y a de la fièvre, la tête est brûlante, la langue est couverte d'un épais enduit saburral. Le délire et l'agitation se réveillent, elle frappe les murs à

coups redoublés et déchire les draps de son lit. Les excré-
tions s'écoulent involontairement.

Le 16, elle est prise d'un refroidissement général, la
fièvre tombe, le pouls donne quatre-vingts pulsations, larges
mais irrégulières, le membre paralysé reste flasque et
inerte, les contractures se sont en grande partie dissipées.

Le 20, la chaleur reparait et s'accompagne de fièvre et
de céphalalgie. Les douleurs ont disparu, la malade pousse
des cris, enduit les murs de ses excréments, est en proie
à des hallucinations et manifeste une turbulence extrême.
De temps à autre se produisent des moments d'accalmie
pendant lesquels elle fait connaître par des signes toutes
ses volontés.

Après avoir échappé à cette dernière épreuve, le délire
a repris une allure tranquille, mais l'aphasie s'est accen-
tuée de façon qu'elle s'est trouvée n'avoir plus à sa disposi-
tion que trois mots : *directeur, Avallon, Julia*. En même
temps, on constatait que ses facultés intellectuelles s'étaient
affaiblies notablement.

Aujourd'hui, la démence est confirmée, la locomotion
s'effectue très péniblement, car la jambe gauche est restée
paralysée, l'aphasie est complète et, quand on l'excite à
parler, on voit ses lèvres trembler, mais sans émettre aucun
son. Enfin, elle ne cherche plus à se faire comprendre au
moyen de signes, elle a abandonné la lecture et reste plon-
gée dans l'indifférence la plus absolue.

De l'exposé de ces faits, on peut conclure que l'aliénation
mentale est susceptible de se manifester chez les aphasi-
ques. Dans la première observation, les causes de la folie
préexistaient à l'attaque apoplectique, tandis que dans la
seconde, tout le processus vésanique a évolué longtemps
après la catastrophe cérébrale. On se demanderait du reste
pourquoi les aphasiques seraient exempts de la folie. La
lésion qui produit leur infirmité agit, il est vrai, sur l'in-
telligence, mais chez un certain nombre d'entre eux, la vie

morale est suffisamment intacte pour leur permettre des impressions assez vives pour que leur raison en soit parfois ébranlée.

Chez nos deux malades, le délire s'est systématisé en revêtant la forme lypémanique. Dans le premier cas, il s'est terminé favorablement en même temps que l'aphasie, tandis que, de l'autre côté, les choses se sont aggravées par une réaction réciproque et la démence n'a pas tardé à survenir.

30 *De l'aphasie chez les aliénés.* — Nos recherches statistiques ont été un peu moins infructueuses que pour la question précédente; elle nous ont fait trouver quelques observations qui sont loin cependant de nous éclairer d'une façon satisfaisante.

M. Bourillon donne dans la *Gazette des hôpitaux* (année 1866) l'histoire d'un malade qui, huit jours après le début d'un délire mélancolique, fut frappé d'aphasie avec hémiplégie droite.

Dans le journal russe : *Archives de médecine légale et d'hygiène publique* (année 1867), le Dr Merjezewski signale le cas d'un lypémanique devenu tout à coup aphasique. Après seize mois de mutisme, ce dernier mourut en prononçant quelques mots. Le cerveau n'ayant présenté aucune lésion, ce médecin croit n'avoir eu affaire qu'à un mutisme volontaire.

M. Ringrose Atkins rapporte, dans le journal anglais *Mental science* (année 1876), l'observation d'une imbécile qui, à la suite d'une attaque apoplectique, a été atteinte à la fois d'aphasie et d'hémiplégie droite. A l'autopsie, on constata le ramollissement de la troisième circonvolution frontale gauche et de l'insula de Reil.

Dans le même journal (4^e trimestre 1872), on trouve une observation très curieuse publiée par les Drs Batty Tuke et Fraser. Il s'agit d'un alcoolique qui éprouva d'abord des attaques d'épilepsie et de delirium tremens, puis devint

sombre, taciturne, tomba dans l'apathie et la stupeur et finit par être frappé d'aphasie avec agraphie et ataxie locomotrice. Transféré à l'asile de Fife et Kinross, on constate que ses facultés intellectuelles se sont réveillées et, malgré la persistance de ses autres infirmités, on le fait bientôt sortir de l'établissement comme n'étant pas aliéné.

M. V. Hanot (*Gazette médicale de Paris* 1874), M. Cullerre (*Annales méd. psych.*, 1878) rapportent chacun un cas de paralysie générale compliquée d'aphasie. Mais il semble que, de part et d'autre, les troubles du langage aient été exclusivement le résultat de poussées congestives et de l'extension du processus pathologique qui caractérise la périencéphalite diffuse aux cellules et aux tractus des organes de la phonation.

M. Baillarger a signalé, dans les prodromes de la démence paralytique, des congestions unilatérales avec aphasie et paralysie incomplète qui se dissipent en général, mais qui peuvent reparaitre à plusieurs reprises.

De notre côté, nous avons observé deux démentes qui, à quelques jours de distance et consécutivement à une attaque apoplectique, ont présenté les symptômes non pas de la véritable aphasie, mais de celle qui se produit à la suite d'une incoordination motrice. Leur histoire mérite d'être rapportée surtout au point de vue des lésions de la protubérance annulaire.

La nommée Prouille Joséphine a été transférée de la Salpêtrière à l'asile d'Auxerre le 24 novembre 1846.

D'après le certificat de M. Baillarger, elle était atteinte de monomanie ambitieuse. La démence est survenue rapidement et sans que le mouvement soit intéressé. Elle était devenue tout à fait incohérente et de temps à autre elle manifestait quelques idées de persécutions.

Le 6 mars 1877, à deux heures de l'après-midi, elle est prise de vomissements et, quand ils ont cessé, elle éprouve un tremblement général. A trois heures et demie, on cons-

tate une hémip légie droite, sans perte de connaissance. La sensibilité cutanée est conservée, le bras malade est comme contracturé. Il lui est impossible de prononcer une parole, elle comprend parfaitement ce qu'on lui dit et s'efforce de répondre au moyen de signes. La langue jouit de ses mouvements normaux, elle est blanche au centre et rouge à la pointe et sur les bords. Le pouls est plein, régulier et donne 84 pulsations.

Dans la soirée, elle tombe dans le coma et la mort a lieu le 8 mars à dix heures du soir.

A l'autopsie, on trouva dans la protubérance annulaire un foyer hémorrhagique traversant l'organe de part en part, au-dessous du sillon longitudinal et coïncidant presque avec son axe central. Le caillot qui y était contenu remplissait exactement la cavité, il était récent, allongé, cylindrique et présentait à peu près les dimensions de l'artère radiale.

Au centre du noyau intra-ventriculaire du corps strié de l'hémisphère gauche existait un ancien foyer de ramollissement de la grosseur d'une noisette.

La nommée Enne Françoise-Euphrasie, veuve J..., est atteinte de démence consécutive à un délire lyphémanique. Elle est âgée de soixante-quatorze ans et, malgré sa déchéance intellectuelle, elle possède encore quelques idées mélancoliques et une certaine exagération du sentiment de la personnalité. Elle se flatte d'appartenir aux familles des Bonaparte et des Bourbons. Elle vit à l'écart, parle seule et tient toute espèce de propos incohérents. Elle est sujette à des hallucinations de l'ouïe, elle entend les voix de ses anciennes connaissances qui lui rappellent les jours de sa jeunesse. La mémoire est encore assez fidèle, le mouvement est intact.

Le 26 février 1877, pendant le repas de onze heures, cette femme s'affaisse brusquement sur son banc. On croit d'abord qu'elle va avoir une syncope et comme on lui de-

mande si elle souffre quelque part, elle essaye de répondre et ne pouvant articuler aucune parole, elle fait signe que c'est sa tête qui est malade. Elle est prise ensuite de vomissements et perd complètement connaissance. En même temps, on constate une paralysie avec anesthésie de tout le côté gauche du corps. Quelques instants après, elle se réveille et on la transporte à l'infirmerie. Elle continue à faire des signes et porte souvent la main droite à la tête, en indiquant qu'elle est très douloureuse. A deux heures et demie, elle perd de nouveau connaissance, éprouve quelques convulsions et tombe dans le coma. On observe la rotation de la tête et la déviation conjuguée des yeux du côté paralysé. La peau est froide, le pouls est faible et ne donne que 50 pulsations. Il est remonté le lendemain à 68, puis il est devenu de plus en plus fréquent et misérable, jusqu'au moment de la mort qui est arrivée le 28 février.

A l'autopsie on rencontra les lésions suivantes : les artères de la base sont toutes athéromateuses. A droite, le plexus choroïde est rempli de kystes ; le pédoncule cérébral, la protubérance annulaire sont largement déchiquetés par un foyer hémorrhagique. Si on pénètre plus avant, on trouve une ouverture béante, limitée par la couche optique et le corps strié et aboutissant au ventricule dont il a pénétré la paroi. Par le trou de Monro un peu de sang a pénétré dans le ventricule gauche.

A gauche, les circonvolutions sont atrophiées et, à la coupe, on aperçoit un piqueté très abondant, les vaisseaux sont largement dilatés et variqueux.

Dans ces deux observations où les altérations protubérantielles jouent le rôle principal, on trouve comme symptôme commun la paralysie, l'aphasie et les vomissements. Quant à la sensibilité, elle était restée intacte chez la première de nos malades, tandis qu'elle était abolie chez la seconde. En dernier lieu, il est évident, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer plus haut que, chez ces deux

femmes, la notion du langage ou de ses expressions n'était pas altérée, mais qu'elles avaient perdu la faculté de coordonner les muscles qui président à la phonation.

Enfin, nous citerons pour mémoire le cas d'une autre démente, R... Marie qui, le 12 janvier 1880, présenta tous les caractères d'une attaque de ramollissement. Il s'en suivit une révolution générale, sans perte de connaissance, la paralysie des sphincters et la suppression de la parole. Elle mourut le 25 et on trouva à l'autopsie : 1° un état athéromateux de la carotide interne et du tronc basilaire; 2° une oblitération presque complète de l'artère de Sylvius du côté droit; 3° un foyer de ramollissement dans le noyau intra-ventriculaire du corps strié du côté gauche. Chez cette femme, la démence était trop complète pour qu'il fût possible de la faire correspondre au moyen de signes.

Malgré les faits qui viennent d'être rapportés, il est toujours permis d'admettre que l'aphasie est non seulement rare, mais même exceptionnelle chez les aliénés, à quelque catégorie qu'ils appartiennent. Tout le monde sait cependant que les vésaniques, comme les cérébraux, sont particulièrement prédisposés aux lésions qui produisent l'aphasie. Les affections cardiaques, les dégénérescences artérielles fournissent les semences emboliques, détruisent la résistance des vaisseaux et préparent le ramollissement nécrobiotique et les hémorrhagies. Il faut encore ajouter à cette nomenclature la sclérose, le ramollissement blanc et les atrophies qui se rencontrent assez communément chez les déments, et qui sont susceptibles de fournir leur appoint aux troubles du langage. Mais on observe précisément le contraire de ce qu'on serait en droit de prévoir et il semble qu'on se trouve en face d'un véritable paradoxe pathologique.

Si maintenant on veut chercher à expliquer pourquoi les choses se passent de la sorte, il nous semble qu'il faut tenir compte, avant tout, de cette aptitude que contractent les délirants chroniques et en vertu de laquelle des altéra-

tions graves peuvent se développer dans leur cerveau sans manifestation symptomatique extérieure. Chez les personnes qui jouissent de leur raison, la réaction est si vive que la moindre lésion interne et subite détermine des accidents redoutables. Nous avons parcouru avec la plus grande attention tous les procès-verbaux des autopsies pratiquées à l'asile d'Auxerre et nous avons pu relever un grand nombre de cas, où la substance cérébrale avait été profondément atteinte sans qu'il en soit résulté ni une aggravation des troubles intellectuels ni même une paralysie du mouvement. Ces complications s'étaient produites en silence et, pendant la vie des malades, aucun symptôme n'était venu les signaler à l'attention des médecins. Et c'est justement dans de pareilles conditions que s'étaient développées les lésions qui auraient pu devenir causes d'aphasie.

D'autre part, il faut remarquer que cette tolérance à laquelle nous venons de faire allusion n'existe pas seulement pour le cerveau des aliénés, mais que leurs autres organes peuvent aussi souffrir sans manifestation objective et sans perturbation apparente dans leur fonctionnement physiologique. On a vu le cancer ramolli de l'estomac ne produire ni dyspepsie, ni vomissements; des lésions du cœur intéressant le myocarde, les valvules ou les orifices, laisser la circulation intacte, sans occasionner de palpitations ni de dyspnée, et enfin des tubercules, des phlegmasies envahir les poumons sans provoquer la toux ni aucun désordre du côté de la respiration. Sans doute ces faits ne doivent pas être généralisés, car ils offrent maintes exceptions, mais ils sont assez bien établis pour imprimer à la clinique psychiatrique une physionomie toute particulière.

Nous allons maintenant donner quelques exemples de cette inertie réactionnelle, que nous restreindrons toutefois aux seuls faits qui intéressent les lobes cérébraux antérieurs.

Bézine (Pierre). — Manie chronique dégénérée en démence, très loquace jusqu'au dernier moment, décédé par suite de marasme cérébral, atrophie considérable et soudure des circonvolutions frontales de chaque hémisphère.

Adam (Louis). — Démence terminative d'un délire hypémaniaque, parole normale, décédé par suite de phthisie pulmonaire, atrophie presque complète des deux lobes frontaux.

Renault (Eléonore). — Manie hystérique, suicide par pendaison, ramollissement chronique de l'insula et du noyau lenticulaire du côté gauche, ni aphasie, ni paralysie.

Dalmaï (Claude). — Démence suite de mégalomanie, mort dans le marasme, foyer de ramollissement dans la troisième circonvolution frontale et dans la couche optique du côté droit, pas d'attaque, pas de paralysie.

Marlin (Adolphe). — Démence hypémaniaque, légère attaque avec perte de connaissance, réveil, plaintes bien articulées, pas de paralysie, foyer de ramollissement étendu de la deuxième frontale à la première temporale du côté droit.

Driat (Louis). — Lypémanie hypochondriaque dégénérée en démence, mort de pneumonie; ramollissement blanc des lobes frontaux, des pédoncules, de la protubérance annulaire, ancien foyer nécrobiotique au centre du corps strié droit. Toutes ces lésions ont été méconnues pendant la vie.

Mittet (Augustine). — Démence terminative d'une manie religieuse, décédée par pénétration du bol alimentaire dans les voies aériennes, vaste foyer nécrobiotique d'un centimètre de largeur et six de longueur, allant depuis l'insula qui est détruite jusqu'à la corne d'Ammon du côté gauche, pas d'attaque ni de paralysie, et l'accident qui a mis fin à sa vie a été purement le résultat de sa gloutonnerie.

Boisselat (Jean). — Epilepsie, démence, mort dans le marasme, trois anciens foyers nécrobiotiques sur les deuxième et troisième circonvolutions frontales et la première tem-

porale du côté gauche, pas d'aphasie ni de trouble dans les mouvements.

Baujard (Louis). — Démence consécutive à une hémorrhagie cérébrale, large foyer dans l'insula droite, hémiplegie gauche, parole libre.

Roux (Edme). — Faiblesse intellectuelle et manie, mort de pneumonie, ramollissement blanc des lobes frontaux, pas de manifestations symptomatiques.

Cloutier (Jean). — Mélancolie, mort de congestion cérébrale, sclérose très prononcée de tout le lobe frontal gauche, avec quatre anciens foyers hémorrhagiques, chacun de la grosseur d'un pois, la parole et le mouvement étaient intacts.

Beau (André). — Lypémanie, mort de pneumonie, ancien foyer de ramollissement de la largeur d'une pièce de 50 centimes dans la seconde circonvolution frontale gauche, mouvements normaux, aucun trouble du langage.

Il est inutile de multiplier les citations de ce genre car elles suffisent pour démontrer que le cerveau des aliénés perd, à mesure que la démence s'organise, une partie de son impressionnabilité, de telle sorte que certains phénomènes, et en particulier l'aphasie, peuvent ne pas apparaître et résister aux causes qui les sollicitent habituellement. On comprend toutefois que cette règle n'est pas absolue et que, de temps à autre, il peut surgir quelques exceptions.

CONCLUSIONS.

De tout ce qui précède, nous nous croyons autorisé à formuler les conclusions suivantes :

1° En thèse générale, l'aliénation mentale et l'aphasie se rencontrent très rarement associées et l'explication de ce phénomène varie suivant que c'est l'une ou l'autre de ces deux affections qui s'est développée primitivement, car

dans un cas, tout se réduit à une simple question de coïncidence, tandis que dans l'autre il est nécessaire d'admettre l'existence d'un véritable antagonisme.

2° La lésion qui produit l'aphasie laisse parfois l'intelligence intacte, mais le plus souvent elle l'affaiblit sans la pervertir, c'est-à-dire qu'elle occasionne la démence et non la folie.

3° Les aphasiques lucides peuvent être frappés dans leur raison, puisqu'ils sont sensibles à toutes les émotions du monde extérieur, mais comme leur nombre est excessivement restreint, les chances d'un pareil accident sont à peine appréciables.

4° Quant aux aliénés, ils contractent avec le temps une telle inertie cérébrale que les lésions destructives, quand elles ne sont pas trop étendues, restent la plupart du temps sans retentissement symptomatique du côté de l'intelligence et du mouvement. C'est pour ce motif qu'ils semblent réfractaires à la véritable aphasie qui se lie plus spécialement à une perte de substance modérée, tandis qu'ils retombent sous la loi commune relativement aux autres troubles du langage qui sont les conséquences fatales des grandes catastrophes cérébrales.

Archives cliniques

76

MAISON DE CHARENTON. — M. FOVILLE.

Paralysie générale

SOMMAIRE. — Accès de mélancolie de courte durée. — Guérison apparente. — Après six mois, accès violent d'excitation maniaque et de délire ambitieux, sans embarras marqué de la parole. — Amélioration rapide. — Attaques épileptiformes répétées. — Démence paralytique.

M. J. est âgé de trente-six ans ; il a une intelligence heureuse et a reçu une bonne éducation, mais sa carrière a été très accidentée ; il a été, successivement, élève en pharmacie militaire, journaliste et commis d'un architecte. Depuis trois ans, il est attaché à une grande administration publique de Paris, et ses chefs sont très contents de lui ; il s'est marié il y a deux ans, et a une petite fille. En 1867, il a cru pouvoir faire une très bonne spéculation en consacrant la dot de sa femme à monter un hôtel garni en vue de l'Exposition ; il a pu se tirer de cette entreprise sans perdre d'argent, mais il n'a fait aucun bénéfice, et a éprouvé beaucoup de fatigues et d'inquiétudes. Au mois de juillet de cette même année, il a eu un premier accès de folie, d'un caractère mélancolique, qui n'a duré que quelques semaines.

Il paraissait bien rétabli, lorsqu'à la fin de février 1868, éclate un accès de grande excitation, avec délire ambitieux mais sans embarras de la parole ; au bout de quelques

jours, l'agitation est si intense, qu'il devient nécessaire de le placer dans un asile d'aliénés.

Il y entre le 4 mars et présente un haut degré d'excitation maniaque, avec idées de grandeurs, dans lesquelles l'Exposition universelle, son hôtel garni, des sommes considérables, l'empereur et le prince impérial jouent le principal rôle. La parole ne présente aucun embarras, les pupilles sont égales et mobiles. — Au bout de quinze jours, cette grande agitation cesse. M. J... a conscience de l'endroit où il se trouve et de la maladie qu'il vient de subir; mais il conserve un optimisme général avec un peu de faiblesse intellectuelle.

Les choses en étaient là, et l'on pouvait se demander si l'affection de M. J... était un accès de manie ou une folie paralytique, lorsque éclatent, en deux ou trois jours, un nombre considérable d'attaques convulsives épileptiformes; à la suite, M. J... reste, pendant quelques jours, hébété et présentant de l'embarras dans la parole. Cette circonstance fixe le diagnostic de folie paralytique.

L'évolution ultérieure des accidents a justifié cette appréciation. M. J... a présenté des alternatives de légère excitation, sans violence, et de calme parfait, avec persistance d'un optimisme généralisé, et d'une opinion très exagérée de son importance et de ses talents; il n'a jamais passé deux mois sans avoir des attaques épileptiformes; au mois de septembre, sans cause connue, il en a eu jusqu'à 20 dans une nuit: chaque fois que ces attaques viennent de se produire, il reste quelques jours dans une demi-stupeur et sa parole est très embarrassée. A mesure qu'il s'éloigne de ses crises, sa parole redevient nette et son esprit se réveille. Chaque chute nouvelle amoindrit la portée de son esprit; il est de plus en plus atteint dans ses facultés intellectuelles, morales et affectives.

Remarques. — La réunion de toutes les circonstances

que nous venons d'énumérer permet de dire, sans crainte d'erreur, que M. J... est aujourd'hui atteint de démence paralytique, à un degré encore peu prononcé, et d'ajouter que chez lui, la démence et les attaques convulsives ont apparu, sans ligne de démarcation, à la suite d'un accès de délire violent, présentant tous les caractères de la manie congestive. Il est bien certain qu'il n'y a eu là qu'une seule et même maladie, et il convient même de rattacher à cette affection unique la période de dépression mélancolique de juillet 1867.

77

ASILE DE DIJON. — M. le Dr TAGUET

Démence paralytique primitive avec simultanéité de délire mélancolique et de délire ambitieux.

Dans son étude clinique de la folie avec prédominance du délire des grandeurs, M. Foville a signalé le premier la coexistence et la combinaison intimes du délire ambitieux et du délire dépressif et en a rapporté trois exemples remarquables que nous allons rappeler sommairement.

L'un de ces malades était persuadé que les menaces de mort dont il était l'objet n'avaient d'autre but que de l'obliger à déclarer où il avait caché une somme de 400,000 fr.; un autre tremblait, à chaque instant, qu'on ne le fasse mourir pour s'emparer de ses vertèbres qui étaient en or; le troisième avait perdu ses organes digestifs et était en train de se faire un nouveau corps avec les millions qu'il possédait; après quoi il serait beau et maréchal de France.

Il n'y a pas ici, comme dans la paralysie générale à double forme, deux manières d'être, deux expressions symptomatiques différentes survenues chez le même indi-

vidu, mais bien un délire de toutes pièces, avec cette particularité qu'une idée hypochondriaque appelle naturellement une idée de satisfaction ou de richesse, comme dans le cas suivant.

SOMMAIRE. — Lypémanie avec hallucinations de la vue et de l'ouïe. — Idées d'empoisonnement. — Développement rapide des symptômes physiques de la paralysie générale sans attaque congestive ou épileptiforme. — Délire hypochondriaque et délire ambitieux simultanés.

M. G..., âgé de trente-sept ans, tailleur de pierre, est entré à l'asile, le 20 juin 1884. Le certificat d'admission constate qu'il est atteint de lypémanie avec hallucinations de l'ouïe et de la vue. Il existe dans la région cervicale et dorsale, le long de la colonne vertébrale, une hyperesthésie cutanée, déterminée par le frottement le plus léger, le passage d'une plume. Le malade accuse, en outre, une grande faiblesse dans les membres inférieurs (il a de la peine à se relever lorsqu'il est assis) et une violente céphalalgie limitée à la région frontale droite.

G... a présenté, au début, à l'exclusion de quelques troubles de la motilité, tous les symptômes de la lypémanie simple; la paralysie générale, comme cela arrive presque toujours, a été méconnue, pendant un certain temps, l'erreur de diagnostic était d'autant plus facile ici, que l'état de tristesse habituelle a bientôt fait place à un état voisin de la stupeur et à des idées de persécution.

Le malade sort un jour brusquement de l'apathie dans laquelle il était tombé et se sauve sur un toit; on voulait, disait-il, lui *soutirer* tout son sang; il refuse bientôt toute espèce de nourriture de crainte d'être empoisonné, cesse de fumer pour la même cause; se plaint que sa femme est retenue prisonnière à l'asile et condamnée à subir les derniers outrages.

Les symptômes physiques de la paralysie générale commencent à se manifester et, en moins de deux mois, le

malade arrive à la démence paralytique la mieux confirmée sans avoir présenté, ni au début, ni pendant le cours de l'affection, aucun phénomène congestif, aucune attaque épileptiforme. G... peut à peine articuler quelques mots, tant le bredouillement est prononcé; le tremblement est presque général, il est surtout intense aux lèvres et aux mains; il y a de l'inégalité pupillaire, de l'exophtalmie et une légère surdité.

Les idées d'empoisonnement ont disparu d'une manière presque complète et ont été remplacées par une étrange sensation; le malade accuse dans le pli de l'aîne un point douloureux qui se déplace, gagne l'estomac pour monter à la gorge où il détermine une sensation de constriction, comme cela existe dans l'hystérie. G... croit que c'est l'âme d'une personne qu'il désigne qui cherche à s'introduire chez lui, pour changer son corps en graisse. Pour empêcher toute pénétration, il serre de toutes ses forces un mouchoir autour de son corps, s'appuie fortement contre un meuble ou bien se couche sur le sol. Il reste sur son séant la plus grande partie de la nuit, la tête touchant presque les genoux, ou se sert de ses draps comme ceinture. Le malade lutte visiblement contre le sommeil qui l'envahit; s'il succombe, ce n'est que pour quelques instants. Il rejette, en moyenne, dans l'espace de vingt-quatre heures, un litre de salive qu'il dit être de la graisse corrompue.

En même temps qu'il nous fait part de ses tourments et de ses craintes, G... vante ses qualités et ses aptitudes spéciales; il va faire construire un château en pierres de taille, il a fait un héritage d'un million, dont une partie est déjà déposée dans la caisse de l'établissement; il n'a jamais été malade, il parle bien, il est capable de travailler douze heures sans relâche.

Il s'arrête brusquement au milieu de son délire; pousse des cris plaintifs, se remet à cracher, fait des contorsions, c'est son âme qui cherche à pénétrer plus avant.

Réflexions. — La démence paralytique primitive est, de toutes les variétés de la paralysie générale, celle qui présente les débuts les plus lents, les plus insidieux; mais c'est aussi celle qui offre à la longue les troubles physiques les mieux caractérisés, les plus généralisés. Les sens spéciaux, de la vue, de l'ouïe, de l'odorat, échappent rarement à la désorganisation générale, alors qu'ils restent le plus souvent indemnes dans les autres formes de la paralysie. En revanche, les idées de satisfaction et de grandeur, toujours consécutives, croyons-nous, aux troubles physiques et particulièrement à ceux de la motilité, sont ici moins absurdes, moins contradictoires, mais aussi plus systématisées, parfois invariables.

Le pronostic est d'autant plus grave que la démence paralytique primitive n'est pas susceptible de rémission, comme cela peut arriver dans la forme maniaque, mélancolique ou circulaire.

Médecine légale

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE

Par M. le Dr A. GIRAUD

Directeur-médecin de l'asile de Fains.

Les attentats contre les personnes commis par les aliénés. — Affaire R..., délire des persécutions; par MM. Fillon, Filandeau et Cuillerre. — Affaire Ch..., épilepsie, irresponsabilité. — Affaire P..., accès maniaque, irresponsabilité. — Affaire Abu..., débilité intellectuelle: ébriété irresponsabilité; par M. le Dr Combes. — La responsabilité chez les alcooliques; recueil de faits.

Les attentats contre les personnes, quoique rares, ne sont pas sans exemple dans les asiles d'aliénés. Presque toujours ils sont commis par des aliénés dont le délire apparent n'inspirait aucune défiance et ils paraissent provoqués par une impulsion soudaine que personne ne pouvait prévoir. On retrouve le plus souvent ce caractère dans les attentats commis par des individus dont la maladie avait été jusqu'alors méconnue. L'attentat révèle à la fois et la nature du délire et le caractère dangereux de la folie. Mais si l'aliénation mentale imprime à l'acte certains caractères, on ne doit pas en conclure à l'existence d'une forme spéciale de folie ou « monomanie homicide. » C'est ce qu'a parfaitement exprimé M. le Dr Blanche dans son traité intitulé : *Des homicides commis par les aliénés*. « L'homicide, dit M. Blanche, peut être commis par des aliénés » atteints d'affections mentales diverses, à la condition que les » malades soient sujets à des crises d'excitation dite conges-

» tive assez intenses pour qu'ils n'en restent pas à la pensée et
 » qu'ils en viennent à l'acte. » L'alcoolisme et l'épilepsie forment,
 d'après M. Blanche, les espèces où l'on voit le plus souvent
 survenir les homicides, puis viendraient ensuite le délire de
 persécution et la folie avec tendance au suicide.

Les aliénés *persécutés* sont dangereux parce que, à une certaine période, ils cherchent à réagir contre ceux qu'ils croient leurs persécuteurs. « Je ne connais pas, dit Tardieu, dans son » *Étude médico-légale sur la folie*, de fous plus abominablement » dangereux que les hallucinés qui répondent par un coup de » couteau à une insulte imaginaire, ou qui, de loin, déchargent une arme à feu sur un groupe où ils croient que l'on » parle d'eux en termes outrageants. »

Les observations d'attentats contre les personnes commis par des aliénés abondent. Les traités de médecine légale en contiennent un grand nombre, et de nombreux rapports médico-légaux sont publiés in extenso dans les recueils périodiques spéciaux. Dans nos précédentes revues, nous avons analysé des faits se rattachant à l'étude de ces attentats; nous ne faisons ici que continuer la série ouverte, en ajoutant quelques faits nouveaux aux cas déjà publiés.

L'affaire R... est un exemple d'homicide commis sous l'influence du délire des persécutions. D'après le rapport des experts, MM. Fillon, Filandeau et Cullerre, l'accusé aurait pénétré chez sa belle-mère, le 8 septembre 1884, vers six heures du soir, tenant de la main gauche un morceau de pain, et dissimulant sa main droite sous sa blouse. Il aurait réclamé ses enfants et sa femme dont il était séparé judiciairement et essuya un refus et des reproches. Invité à se retirer, il obéit, mais rentra quelques instants après, renouvela sa demande, et, sur un nouveau refus sortit de dessous sa blouse sa main droite armée d'un couteau, frappa sa belle-mère à la gorge, en lui disant : « Tenez, voilà ce que je voulais vous faire! » La victime eut la carotide tranchée et expira peu de temps après.

« Le meurtre accompli, disent les experts, R... se retire sans » émotion manifeste et va se laver les mains à la fontaine » située en face de l'auberge, puis il s'éloigne. Rencontrant le

» garde champêtre, il l'invite à aller faire son service et lui
» annonce qu'il vient de mettre la veuve R... sur le plancher. »
» Puis il continue son chemin vers les dunes et, quelques pas
» plus loin, ce témoin l'entend qui s'écrie : « Je suis un
» homme perdu, je suis fou. »

Les antécédents de l'accusé méritaient d'attirer l'attention. On n'a pas constaté d'hérédité proprement dite; on a relevé seulement que sa mère, d'une loquacité extrême, parlait à tort et à travers. R... a fait comme soldat la campagne de 1870-1871, puis a été gendarme, et, jusqu'en 1873, on ne signale aucun dérangement des facultés mentales; au contraire, les notes de ses chefs sont excellentes. A partir de cette époque ses allures changent, il commet des infractions à la discipline, il est mis en disgrâce et change de résidence. Enfin, il est réformé en décembre 1874 pour « querelles, injures envers ses supérieurs, luttés avec un aubergiste, faux procès-verbal, abus de boisson. » On avait attribué son changement de conduite aux mauvais conseils de sa belle-mère. Après son congé de réforme on le signale comme étant en guerre avec sa belle-mère qu'il considère comme une ennemie acharnée, et à laquelle il attribue des bruits malveillants. Il se figure qu'elle veut le faire passer pour un mari trompé et il se livre avec sa femme à des actes et à des démonstrations étranges.

Puis les idées de persécution s'accroissent. Il est nommé employé de chemin de fer et se croit l'objet de la malveillance de ses camarades, s'imaginant qu'on tient de vilains propos sur son compte, qu'il est signalé partout où il passe et que les voyageurs se mettent aux portières pour se moquer de lui. Il fait des scènes dans son intérieur, tient sa femme séquestrée par suite de son humeur ombrageuse et les disputes avec sa belle-mère se renouvellent sans cesse: il croit qu'elle veut le faire passer pour un voleur en se faisant elle-même recéleuse d'un failli (accusation qui a été reconnue sans fondement). Il menace sa belle-mère et un jour même la saisit à la gorge. Au commencement de 1879, R. se sépare de sa femme; il dresse sur papier timbré un acte de cette séparation et, par suite des conventions réciproques, il reçoit mille francs. Le 10 février, il s'embarque au Havre pour l'Amérique; mais, le 10 avril, il est

de retour en France et débarqua à Marseille. Les idées de persécution qui le tourmentaient l'avaient suivi sans relâche. On a même pu constater par ses lettres que le trouble des idées avait augmenté; enfin, le 30 avril, il se rend dans la commune habitée par sa femme et sa belle-mère, pénètre la nuit dans leur logis, met le feu à une buanderie attenant à leur logis et va jeter à la poste une lettre préparée d'avance et dans laquelle il se dénonce et allègue qu'on a voulu faire de lui une victime. R. fut arrêté, et son attitude, ses paroles et ses actes parurent assez extraordinaires pour qu'une expertise fût ordonnée. Le Dr Billiotte, des Sables-d'Olonne, conclut à la folie. « Le rapport de cet honorable confrère constate que « R. est atteint » de cette espèce d'aliénation qu'on a appelée délire des persécutions ». — Voici les faits les plus caractéristiques de cette enquête médico-légale : « Sa seule préoccupation est d'échapper » aux humiliations que lui fait subir sa belle-mère et à l'espionnage qu'il croit organisé autour de lui; son voyage en » Amérique, après ce singulier marché que lui fait conclure sa » famille, n'a pas d'autre but; mais c'est en vain que sans trêve » ni repos, il fuit de ville en ville. Partout où il met les pieds, » au Havre, à Londres, à New-York, à St-Louis, à la Nouvelle- » Orléans, il est devancé par des espions qui ont son signalement, le montrent au doigt, font semblant derrière lui de » s'arracher les dents, et l'appellent Badinguet, Tropsmann ou » Gambetta. »

La suite donnée à cette affaire d'incendie fut une ordonnance de non-lieu et la séquestration à l'asile de la Roche-sur-Yon, le 25 juillet 1879, mais le 26 septembre suivant, R... s'évade et, *sur la demande de sa famille*, il est laissé en liberté à la suite d'un certificat médical constatant : « qu'il n'était » point au moment de son évasion délivré des hallucinations » de l'ouïe dont il était atteint. Il est possible qu'il se soit procuré une rémission momentanée de ces hallucinations, mais » elles sont destinées à reparaitre inévitablement et à nécessiter de nouveau son internement dans l'asile. Toutefois, puisque » le malade se maintient calme, et que sa famille désire essayer de le conserver, il pourrait être laissé en liberté à la condition d'être surveillé et réintégré à l'asile dès que repa- »

« trait une récrudescence dans le délire. — Signé : Dubiau. »

Les scènes recommencèrent entre R... et sa famille; au lieu de le considérer comme un malade et de demander sa réintégration à l'asile, sa femme poursuivit et obtint judiciairement sa séparation de corps. R... fut même condamné à deux mois de prison pour coups et blessures. Il sortit de prison le 4^{er} septembre 1884, erra pendant quelques jours autour des habitations de son beau-frère et de sa belle-mère et le 8 septembre commit l'attentat qui a déjà été relaté.

L'examen direct de l'accusé a permis aux experts de constater le délire des persécutions et des hallucinations des divers sens.

D'après le témoignage des gardiens et des autres détenus, il ne dormait pas la nuit, risait ou parlait seul, faisait des gestes bizarres, parfois se montrait triste et paraissait obéir à des impulsions soudaines. Malgré de fréquentes réticences dans les interrogatoires qu'il eut à subir, son délire perçait d'une manière évidente. S'il était seul, c'est parce qu'on lui lançait de *petites conversations*. Sa belle-mère le calomniait, il s'apercevait qu'on le méprisait et qu'on chuchotait autour de lui. Elle le faisait passer pour c..., l'insultait; les clients de l'auberge s'en mêlaient. Il sentait dans ses aliments des mauvais goûts et éprouvait des coliques et une soif ardente lorsqu'il mangeait chez sa belle-mère, et cela ne lui semblait pas naturel. Il a avoué, en outre, avoir fait des excès de boisson pour faire passer ses contrariétés et, d'après son dire, sa famille l'excitait à s'enivrer afin de le rendre la risée des autres, et de faire toujours de lui une victime. Au milieu de son délire, il laissait percer une préoccupation constante, celle de ne pas passer pour aliéné, et les experts ont pu relever diverses contradictions dans ses interrogatoires, contradictions dues à la crainte de passer pour fou.

Après un semblable exposé, l'appréciation ne pouvait être douteuse. Jusqu'en 1873, R... s'est comporté comme un homme raisonnable, laborieux et intelligent; puis, il est devenu querelleur, insubordonné, ivrogne et violent. Il s'est d'abord cru victime d'un complot, et tous les déboires qu'il a eus n'ont fait que confirmer son opinion; plus tard, les hallucinations

apparaissent nettement, et le doute n'est plus permis sur son état mental.

« Il est pour nous de toute évidence, disent les experts, qu'il y a connexité absolue entre les divers actes de vengeance de l'accusé, entre l'incendie et le meurtre pour ne parler que des principaux; que les mêmes mobiles ont dirigé son bras; qu'aliéné lors du premier de ces deux événements, il l'était aussi au moment du second; bien plus, que cette série d'épisodes lamentables, qui commence à la fin de 1873 et finit aux assises dernières, n'est que la conséquence logique d'un délire hallucinatoire allant en progressant, d'abord subissant de temps en temps de légères rémittences, pour ne se montrer que plus impérieux sous l'influence de circonstances apparentes, comme les excès alcooliques auxquels il se livrait et les rigueurs dont il se voyait l'objet avec ce sentiment profond que loin d'être le bourreau il était la victime.

« R... a présenté pendant toute cette période des illusions et des hallucinations de l'ouïe et un délire systématisé fondé sur la conviction qu'il était la victime d'un vaste complot organisé par sa belle-mère. Il a eu intercurrentement des idées d'empoisonnement amenées par divers troubles de la sensibilité générale, tels que malaises, étourdissements, nausées, légers accès fébriles.

« Il a été, pendant le même temps, continuellement obsédé par l'idée de la vengeance, ainsi que l'indiquent ses nombreux propos et ses écrits: il n'a cédé à ses impulsions que lorsque ces dernières sont devenues absolument prédominantes dans son esprit...

« Bien qu'il n'ait pas conscience de son délire, il sent jusqu'à un certain point cependant l'absurdité de ses idées maladives. Il s'efforce de les dissimuler ou de les expliquer, craignant par-dessus tout de passer pour aliéné. S'il se défend avec énergie, cherche à dénaturer les faits, les nie au besoin et se contredit à chaque instant comme un coupable aux abois, ce n'est point une preuve qu'il jouit de sa raison, la folie partielle n'excluant ni la présence d'esprit, ni la réflexion, ni le raisonnement, ni des associations cohérentes d'idées, ni enfin, suivant les cas, un degré plus ou moins

» prononcé de lucidité dans tout ce qui ne se rattache pas
» directement au système délirant du malade. »

Les conclusions sont les suivantes :

« 1^o R... est atteint, depuis de longues années, de la forme de
» folie désignée sous le nom de délire des persécutions avec
» hallucinations de l'ouïe.

» 2^o C'est sous l'influence de ce délire qu'il a commis le
» meurtre de la veuve R... et, par conséquent, il ne saurait en
» être responsable.

3^o Il doit être considéré comme un aliéné dangereux et en-
» fermé dans un asile d'aliénés. Signé : D^r Fillon, D^r Filaudeau,
» D^r Cullerre, rapporteur. »

Ces conclusions ont été adoptées par le jury et la cour d'assises. R... a été acquitté et placé à l'asile d'aliénés.

Le rapport que nous venons d'analyser présente, en résumé, l'observation fort intéressante d'un lypémaniaque halluciné, à délire systématisé, chez qui les idées de persécutions se sont développées progressivement, et ont pris de plus en plus d'intensité. A une certaine période de la maladie R... a voulu fuir ses persécuteurs, mais ses hallucinations l'ont suivi. Il a entrepris sans succès un voyage au long cours, et il rentre dans la catégorie des individus décrits par M. Foville sous la dénomination d'aliénés migrants. On est en droit de s'étonner qu'après une première séquestration motivée par un fait aussi grave qu'un incendie, et alors qu'il avait été reconnu irresponsable de ses actes, il ait été laissé en liberté non guéri. Lorsqu'il s'est évadé, sa famille a commis une imprudence en le réclamant, et plus tard une inconséquence en le déférant aux tribunaux pour coups et blessures. On reconnaîtra sans peine que le tribunal a commis une erreur en prononçant une condamnation. Tous les actes s'enchaînaient les uns les autres ; si R... n'était pas responsable de ses actions lorsqu'il mettait le feu, il n'était pas plus responsable lorsqu'il frappait sa femme ; son délire était méconnu, et n'est devenu évident pour la justice qu'après un nouvel attentat. Nous aurons à revenir sur des faits où un délire systématisé, constituant la folie parcellée, est méconnu par les magistrats jusqu'au jour où un

attentat contre les personnes fait voir qu'on est réellement en présence d'un malade dangereux.

Le rapport du D^r Combes sur le nommé Cl... nous présente un exemple d'attentat commis par un épileptique. L'accusé avait été aperçu dans les champs frappant un vieillard. Les premières personnes qui accoururent n'osèrent pas approcher Cl... et, effrayées par les menaces, se sauvèrent chercher du renfort. La femme de la victime, voulant venir au secours de son mari, fut terrassée à son tour et eut le crâne brisé à coups de sabots. Une jeune fille qui avait été élevée avec l'accusé voulut le calmer : elle fut frappée, mais put s'enfuir. Enfin, lorsque les secours arrivèrent une lutte s'engagea avec le meurtrier ; il fut terrassé, attaché avec des cordes et ramené à son domicile : il était très exalté et on dut le lier sur son lit. Le lendemain, il était assez calme pour répondre aux questions du juge d'instruction et subir diverses confrontations. Le surlendemain, il fut repris d'un accès d'agitation et on dut de nouveau le lier.

Cl... serait, d'après les dépositions, devenu épileptique vers l'âge de vingt et un ans. Les attaques survenaient par série, tous les huit jours environ. Avant et après les attaques il avait l'intelligence troublée et, à plusieurs reprises, il avait eu des accès de folie furieuse, voulant se jeter sur son père et ses frères, et on avait dû plusieurs fois l'attacher. Lors d'un de ces accès de folie, une enquête fut faite et les conclusions étaient la séquestration à l'hospice Saint-Jacques de Nantes, mais la famille aurait dû contribuer aux frais d'entretien, la calme revint, et Cl... fut laissé en liberté.

L'observation directe à l'asile Sainte-Gemmes confirma le diagnostic de folie épileptique. Cl... s'était promptement habitué au régime de la maison. Nous croyons sans intérêt de reproduire ici ses diverses réponses relatées dans le rapport, mais nous devons signaler que, dans la période d'observation, il eut plusieurs attaques d'épilepsie, les unes complètes, les autres incomplètes. Il devenait alors parfois violent, éprouvant en quelque sorte le besoin de frapper et se jetant sans provocation sur les autres malades ou les gardiens. D'autres fois, les attaques étaient simplement suivies d'abrutissement.

Dans de telles circonstances, le résultat de l'expertise ne pouvait pas être douteux, les conclusions du D^r Combes furent les suivantes :

- « 1^o Cl... ne jouit pas de l'intégrité de ses facultés intellectuelles et morales ; habituellement affaiblies, elles sont parfois » sous l'influence de l'épilepsie, déviées et dominées par des » impulsions irrésistibles à la violence ;
- » 2^o Il ne peut être considéré comme responsable de ses actes » en général ;
- » 3^o En dehors de ses accès, il ne peut être considéré comme » complètement libre et, à l'époque des accès, avant et après, » il ne l'est pas du tout ;
- » 4^o Il ne peut être considéré comme responsable du crime » commis le 12 octobre dernier au Puizet-Doré.
- » En résumé Cl... est atteint de folie consécutive à l'épilepsie » et il doit être considéré comme un aliéné dangereux et traité » comme tel. »

Conformément à ces conclusions, une ordonnance de non-lieu fut rendue et Cl... fut maintenu à l'asile. Son état ne s'est pas amélioré ; habituellement sombre et taciturne, souvent abruti, il a manifesté à diverses reprises et sous l'influence des attaques d'épilepsie des impulsions à la violence. Il a succombé à une maladie intercurrente après deux ans de séjour à l'asile.

Cl... était incontestablement un malade dangereux et néanmoins il avait été laissé en liberté jusqu'au moment où il a causé un malheur irréparable. Les épileptiques ne présentant pas des troubles intellectuels continus ne sont pas volontiers considérés comme des aliénés et, dans le cas actuel, la séquestration avait été ajournée parce que le malade était redevenu calme : mais tout en n'étant pas continus, les accès d'agitation avec impulsions à la violence revenaient à des intervalles plus ou moins rapprochés, et il eût été certainement conforme à la loi du 30 juin 1838 d'ordonner le placement d'office dans un établissement spécial.

Un autre rapport du D^r Combes (affaire Oss...) nous donne un exemple d'attentat commis par un imbécile. Une femme M... avait été trouvée dans sa chambre étendue à terre et couverte

de sang. Elle avait une blessure au côté droit du cou et elle expira peu de temps après sans avoir repris connaissance. L'autopsie montra une lésion de l'artère carotide. L'instruction révéla que l'auteur du crime était un jeune Oss., âgé de 48 ans et neveu de la victime. L'auteur de l'attentat s'était enfui après avoir frappé sa tante. Le mobile du meurtre n'a pu être établi. La femme M... avait des habitudes d'ivrognerie, et, d'après l'accusé, aurait cherché, étant en état d'ivresse, à faire avec lui des polissonneries : elle lui aurait déboutonné son pantalon et serré la verge, il l'aurait alors frappée avec son couteau, et, pris de frayeur, il se serait sauvé. Nous devons noter que ce récit n'a été arraché qu'à grand'peine à l'accusé qui à la plupart des questions répondait : « Est-ce que je peux savoir ; je ne sais pas ; je ne me le rappelle pas. » Oss... était très irascible et avait des instincts lubriques qu'il cherchait à assouvir même sur ses parents. Le jour même de l'attentat, il était entré dans une violente colère pour un motif futile.

On a relevé, comme antécédents, qu'il a toujours été d'un tempérament lymphatique, qu'il a eu des convulsions dans son enfance et qu'à l'âge de sept ans, il a été atteint de chorée. Il aurait même été fou pendant trois ans. Son père et sa mère sont peu intelligents ; son éducation morale a été très peu développée. Il se montrait peu capable ; il a appris l'état de vannier, mais on était parfois obligé de défaire son ouvrage et son travail était fort irrégulier. Il a toujours passé pour bizarre, sournois, cherchant à s'isoler ou ne jouant qu'avec de plus jeunes enfants que lui.

Mis en observation à l'asile Sainte-Gemmes, il se montra indifférent, peu communicatif, mais parlant quelquefois cependant de sujets en rapport avec ses instincts lubriques, gourmands ou cupides. « Les sentiments affectifs, a écrit le » D^r Combes, sont évidemment très bornés et affaiblis ; la » volonté également affaiblie ; sa mémoire rétive, infidèle ; les » instincts bestiaux seuls se sont développés et, l'éducation » morale faisant défaut ou étant mal dirigée, ils se sont développés d'une manière exagérée.

» Je ne crois pas qu'Oss... ait été congénialement bien doué : » mais il est certain que la grave névrose, la danse de Saint-Guy

» dont il a été atteint dans son enfance a déterminé chez lui
» des troubles profonds qui, faute de soins ou de précautions,
» ont plutôt augmenté que diminué et dont on a aujourd'hui à
» constater les conséquences. »

Leprévenu a paru, au D^r Combes, trop faible d'esprit pour être considéré comme responsable de ses actes, et les conclusions du rapport sont les suivantes :

« Au point de vue intellectuel Oss... est un imbécile ;

» Au point de vue moral, il est une brute.

» Oss... est atteint d'imbécillité avec irascibilité et penchants
» lubriques.

» Il est aliéné ; conséquemment il ne peut être considéré
» comme moralement responsable du crime qu'il a commis,
» mais aussi, il y a lieu de le considérer comme dangereux et
» de le traiter comme tel. »

Les conclusions du rapport furent adoptées par le magistrat instructeur. Une ordonnance de non-lieu fut rendue et Oss... fut maintenu à l'asile Sainte-Gemmes.

Deux autres rapports du D^r Combes, également suivis d'ordonnance de non-lieu et de séquestration à l'asile, présentent des exemples d'attentats commis dans des circonstances différentes. Dans l'affaire P..., une tentative de meurtre avait eu lieu sous l'influence d'un accès maniaque ; dans l'affaire Abr..., l'accusé, faible d'esprit, était en état d'ivresse lorsqu'il avait porté les coups dont il avait à répondre devant la justice.

Dans le premier cas, le sieur P..., qui s'obstinait à la gare d'Angers à vouloir stationner sur la voie, avait été invité par le gendarme de service à se retirer. Pour un motif futile (il avait perdu son chapeau qu'on ne put retrouver), il était entré en fureur et sans aucune provocation il sortit un revolver d'un petit sac de voyage et fit feu sur le gendarme, sans toutefois l'atteindre : on put désarmer l'agresseur sans accident.

Les antécédents de M. P... permettaient de douter de l'intégrité de ses facultés intellectuelles. Il avait été placé une première fois à l'asile Sainte-Gemmes pour cause de delirium tremens avec hallucinations et illusions de la vue et prédominance d'idées érotiques, et en était sorti guéri ; quelques années après, il avait eu un nouvel accès d'abénation mentale caracté-

risée par de l'exaltation avec nombreuses aberrations d'idées et de sentiments, hallucinations et illusions de la vue, et penchant à la violence. Il avait alors été admis de nouveau et d'office à l'asile Sainte-Gemmes. Après quelques mois, il fut transféré à Charenton. Il put être rendu à la liberté, mais sa guérison ne fut pas définitive et on dut le réintégrer à diverses reprises soit à Charenton, soit dans une maison de santé particulière. Il avait la manie de s'entourer d'armes, de se croire en relation avec de grands personnages, avait des prétentions à la science, se livrait à des prodigalités et formulait des accusations contre sa famille. Nous relevons dans le rapport du D^r Combes un détail que nous signalerons ici à titre accessoire. Vers l'époque de la première séquestration, M. P... avait été interdit. Après un certain temps, il obtint de faire lever son interdiction, mais les accès de folie successifs motivèrent de nouvelles poursuites en interdiction; on l'obtint et le jugement du tribunal de... fut confirmé par la Cour. Plus tard encore, sur la demande de M. P..., l'interdiction fut levée et remplacée par un conseil judiciaire. A la suite d'un nouvel accès de folie, l'interdiction fut de nouveau provoquée, mais sans succès; toutefois le conseil judiciaire fut maintenu. Nous aurons occasion de revenir sur la question de l'interdiction des aliénés et de constater la répugnance des magistrats à déclarer interdits des aliénés dont le délire n'est pas généralisé ou continu.

Le D^r Combes a conclu à l'irresponsabilité de M. P... Les facultés intellectuelles de l'accusé étaient, avant l'acte incriminé, dans un état d'équilibre instable. Quelques contrariétés dans le voyage (M. P... avait, à deux reprises, manqué le train), et quelques excès de boisson ont déterminé un nouvel accès maniaque. L'accusé a, par conséquent, agi sans avoir conscience de ce qu'il faisait. Une ordonnance de non-lieu fut rendue et M. P... fut maintenu à l'asile Sainte-Gemmes. Quelques mois après, il était assez amélioré pour obtenir sa sortie de l'établissement.

Dans l'affaire Abr... le prévenu avait, comme M. P..., fait plusieurs séjours dans un asile d'aliénés. L'acte incriminé avait en lui-même peu de gravité, mais l'intérêt du rapport se trouve dans l'appréciation de la responsabilité chez un individu

en état d'ivresse au moment où le fait motivant les poursuites s'est produit. « Dans la soirée du dimanche..., Abr... Pierre, » probablement en état d'ivresse, traversait le bourg du... en » chantant et en proférant des paroles grossières à l'adresse » de personnes de la localité. Le garde champêtre voulut » intervenir et faire rentrer Abr... à son domicile par le che- » min le plus direct. Ce dernier, après s'être soumis pendant » quelques centaines de pas, voulait ou résister ou suivre un » autre chemin, de là rixe et coups donnés et reçus de part et » d'autre. » Le garde champêtre reçut deux coups de couteau, peu graves, il est vrai.

Abr... avait été traité deux fois à l'asile Sainte-Gemmes. Lors de sa première admission, il présentait du délire de grandeurs et de richesses avec hallucinations de la vue et de l'ouïe. Des excès alcooliques paraissent n'avoir pas été étrangers au développement du délire. La guérison de l'accès de folie fut rapide. Mais, quelques mois après, le délire reparut avec prédominance d'idées de grandeurs, hallucinations et illusions de la vue et de l'ouïe. Les symptômes délirants s'amendèrent après un second séjour de plusieurs mois à l'asile. Mais l'intelligence était notoirement affaiblie au moment de la sortie.

Après le fait que nous avons relaté, Abr... fut arrêté et mis en observation à l'asile Sainte-Gemmes. Là, on constata que sa mémoire et sa volonté étaient affaiblies et que son sens moral était notablement émoussé; comme beaucoup d'ivrognes d'ailleurs, il niait ses excès de boisson, il répondait qu'il n'est pas défendu de boire un petit coup en passant et il ne paraissait pas se rendre compte exactement de ce qui avait motivé son arrestation. Son état mental fut apprécié dans les termes suivants : « Abr... doit pouvoir se conduire dans les circonstances » ordinaires de la vie; mais une difficulté, une contrariété » peuvent l'empêcher de raisonner sainement et surtout le » moindre excitant doit le mettre promptement hors d'état de » se servir du peu d'intelligence qu'il a à sa disposition et de » pouvoir distinguer le bien du mal.

» Nous avons vu plus haut qu'Abr... n'avait point renoncé » à ses habitudes d'intempérance d'abord, et qu'ensuite, il ne » lui fallait qu'une très petite quantité de boisson pour lui

» déranger la raison et le rendre véritablement fou ; l'ivresse
 » par elle-même ne peut être une excuse, et chez un individu
 » normalement doué, elle serait, à mon avis, plutôt une cir-
 » constance aggravante ; mais chez un homme qui a été deux
 » fois fou, chez un homme qui la seconde fois n'est pas sorti
 » de l'asile des aliénés complètement guéri puisque en no-
 » vembre Abr... n'a été déclaré guéri *que sauf débilité intellec-*
tuelle ; — chez un homme dans de telles conditions d'insuf-
 » fisance, l'ébriété ne peut plus être imputée à faute. La
 » débilité intellectuelle constatée chez Abr... atténuait déjà
 » beaucoup sa responsabilité, et dans le cas particulier où il
 » s'est trouvé le 23 novembre dans sa rencontre avec le garde,
 » il ne savait plus ce qu'il faisait.

» J'estime, en conséquence, qu'il ne peut être rendu respon-
 » sable des violences qu'il a pu commettre dans cette circons-
 » tance. Mais il est nécessaire qu'il soit mis dorénavant hors
 » d'état de pouvoir s'abandonner à ses habitudes d'intempé-
 » rance, et s'il ne peut être surveillé sérieusement par quelqu'un
 » des siens, il y a lieu, à mon avis, de le placer dans un asile
 » d'aliénés. »

Conformément à ces conclusions une ordonnance de non-lieu fut rendue et Abr... fut maintenu à l'asile. Après un séjour de quelques mois, il était assez amélioré pour être rendu à sa famille qui le réclamait en promettant de le surveiller sérieusement.

L'influence de l'alcoolisme sur la criminalité est une question soulevée depuis longtemps, mais qui ne rentre pas dans notre étude. Mais ce que nous avons à examiner, c'est le degré de responsabilité des individus ayant commis un homicide sous l'influence de l'alcoolisme. Dans l'affaire Abr... que nous venons d'analyser, le D^r Combes a très nettement exprimé son avis : pour lui, *chez un individu*, normalement doué, l'ivresse ne serait pas une excuse, et serait plutôt une circonstance aggravante. Nous croyons intéressant de rechercher l'opinion des tribunaux. Un mémoire du D^r Otto Schwarzer, médecin ne chef de la maison de santé de Budapest, récemment publié

dans le *Jarbucher für psychiatrie* (1882, III Band), se rattache à cette étude.

Ce mémoire est l'exposé de la procédure suivie contre un garde forestier qui, se trouvant en état d'ivresse et sous l'influence d'une illusion des sens, avait tué sa maîtresse. Ce garde, forestier avait bu, d'abord seul, puis en compagnie d'un berger, une assez grande quantité de vin. Dans la soirée, se trouvant déjà en état d'ébriété, il se rendit chez une femme dont il avait fait sa maîtresse, envoya celle-ci chercher du vin et continua de boire. La femme se mit au lit et le garde forestier se coucha près d'elle. Mais, d'après le récit qu'il fit, il aurait eu une sensation de froid; se trouvant dans l'obscurité, il eut l'illusion que sa maîtresse avait disparu et était remplacée par un être fantastique qui est désigné sous le nom de *Irrwisch* et qui serait une sorte de farfadet ou vampire. Il se jeta hors du lit; la femme voulut le suivre, mais il lui cria de ne pas approcher parce qu'elle était une mauvaise femme et en même temps il déchargea contre elle son fusil, puis il s'enfuit dans les bois. Quelques heures après, le doute s'éleva dans son esprit, il revint à la maison de la victime et, retrouvant la conscience de ses actes, il alla se dénoncer et se constituer prisonnier. Il fut condamné à deux ans de prison; mais l'affaire revint devant le tribunal: sur la déposition du médecin de la justice, que le condamné n'était pas *actuellement* aliéné, la condamnation fut maintenue. L'arrêt fut frappé d'appel et, sur les considérations que le coupable avait accompli l'acte sans avoir sa complète connaissance, qu'il avait tué sa maîtresse, sans qu'aucune querelle ne se fût élevée entre eux, et sous l'influence d'une croyance superstitieuse, que par conséquent un doute subsiste, l'affaire fut renvoyée devant le conseil sanitaire régional. D'après le mémoire du Dr Otto Schwartzer, le conseil conclut à l'irresponsabilité et les motifs invoqués sont les suivants: La superstition amène la contrainte de la perception. Lorsque l'individu croit à la superstition, comme à une réalité, le libre arbitre disparaît et avec lui la responsabilité, parce que les actes sont réglés par une fausse croyance. La procédure a fait voir que l'accusé n'a invoqué aucun artifice pour échapper au châtiment. D'après les dépositions des témoins, et même la

déclaration de la victime avant sa mort, l'accusé et sa maîtresse vivaient dans les meilleurs termes; on ne découvre aucune préméditation, mais l'état d'ivresse et la croyance superstitieuse aux farfadets ont suspendu le libre arbitre.

Deux points de doctrine sont à examiner dans le mémoire du Dr Otto Schwartz, d'une part l'influence de la croyance aux êtres imaginaires, et d'autre part l'influence de l'ivresse.

L'auteur paraît se placer à un point de vue purement philosophique en recherchant les diverses circonstances qui peuvent modifier l'idée *contrôlante* et en ne faisant aucune distinction entre elles. On sait que les ivrognes perdent la conscience de leurs actes, mais doit-on en conclure qu'ils échappent à toute responsabilité lorsque leur état d'ivresse est cause d'un malheur? Nous croyons que le médecin sort de son rôle, lorsqu'il se prononce sur la responsabilité d'un prévenu en dehors de l'état de la maladie. L'ivresse est un empoisonnement, mais un empoisonnement volontaire, qu'on ne saurait assimiler aux maladies mentales. Quant à la superstition, nul doute qu'elle ne puisse conduire à des actes dangereux, mais elle ne constitue pas à elle seule une maladie. La responsabilité d'un accusé peut être modifiée par l'admission des circonstances atténuantes en dehors d'une affection des centres nerveux, et nous sommes d'avis que, dans ce cas, le médecin doit laisser aux tribunaux l'appréciation des faits.

Nous trouvons dans les journaux judiciaires toute une série de crimes commis sous l'influence de l'alcool et, au moins dans les dernières années, l'ébriété ne paraît pas être admise comme cause d'irresponsabilité. Nous citerons quelques exemples.

Julien D., âgé de 21 ans, détenu à la prison de la Roquette, comparait le 29 décembre 1880, devant le jury de la Seine sous l'accusation d'une tentative d'assassinat. Il avait frappé avec une lime aiguisée un de ses codétenus. On le représente comme ayant la figure pâle, osseuse, l'œil froid, un sourire idiot et désespéré: la responsabilité a été mise en doute et M. le Dr Motet a été chargé de l'examiner. Un des mobiles du crime paraît avoir été un violent désir de quitter la prison,

fût-ce au prix de la vie, mais avec l'espoir d'être condamné aux travaux forcés.

De l'instruction résultèrent les faits suivants: B..., déjà plusieurs fois condamné, subissait sa peine à la Roquette et faisait partie de l'atelier où son codétenu L... remplissait les fonctions de comptable. Ce dernier fit quelques observations à l'accusé au sujet de la mauvaise tenue de son livret. B... en conçut un vif ressentiment et résolut de frapper L... d'un coup mortel. A cet effet, il aiguisa deux limes dont il retira les manches. Quelques jours plus tard, L..., revint à l'atelier sans aucune méfiance. B... lui porta un coup de poing, puis le frappa de sa lime dans le dos et sur la tête. Les détenus se précipitèrent sur l'agresseur et le désarmèrent. Les coups portés à la victime n'entraînèrent pas la mort.

Voici, d'après le compte rendu de l'audience (le *Droit*, 30 décembre 1880), quelle serait la substance du rapport de M. le Dr Motet: B... appartenait à une famille dont les membres ont une conduite irréprochable. A l'âge de onze ans, il a eu une fièvre typhoïde grave qui lui a laissé de l'obtusion intellectuelle. Après son rétablissement, il n'avait plus le même caractère, sa mobilité était excessive, il était agressif; il méconnaissait l'autorité paternelle. Il semble qu'il ait eu des accidents vertigineux: il se plaignait souvent de maux de tête. Sa mère, en 1872, l'a conduit à la consultation de l'hospice de Bicêtre. Le Dr Berthier était d'avis de l'enfermer pendant quelque temps. M. Motet toutefois est arrivé à cette conclusion: B..., est violent et cette tendance s'exagère sous l'influence de l'alcool. L'excitation alcoolique se produit plus rapidement chez lui que chez un autre individu, mais il est libre de ne pas boire. Cette dernière observation a trait à ceci que, le matin du jour du crime, l'accusé avait pris un verre d'absinthe.

On s'étonnera peut-être qu'un détenu puisse se procurer des boissons alcooliques. L'excitation produite par l'absinthe paraît avoir joué un rôle dans l'accomplissement du crime qui devait néanmoins être prémédité, mais nous ne voyons pas que cette excitation ait été invoquée comme cause d'irresponsabilité. M. le Dr Motet l'a constaté, mais en ajoutant que l'accusé

était libre de ne pas boire. — B... a été condamné aux travaux forcés à perpétuité.

La cour d'assises de la Seine ne s'est pas montrée beaucoup moins sévère le 26 mars 1884 (voir le *Droit*. — *Gaz. des tribunaux* du 27 mars 1884). Un mari qui avait jeté sa femme par la fenêtre, était poursuivi sous l'accusation de meurtre. Le mari s'adonnait à la boisson et était, au moment où l'acte fut commis, en état d'ivresse; la victime était d'une moralité douteuse et s'enivrait également. Le jury rendit un verdict affirmatif avec admission de circonstances atténuantes, et une condamnation de quinze ans de travaux forcés fut prononcée. Les circonstances atténuantes nous paraissent dues dans ce cas, beaucoup plus au peu d'intérêt qu'inspirait la victime qu'à l'état d'ivresse de l'accusé. On doit tenir compte aussi de la répugnance du jury à rendre un verdict entraînant une condamnation capitale.

Une condamnation du même genre a été prononcée dans un cas analogue par la cour d'assises de l'Aisne, le 41 novembre 1884 (*Gazette des tribunaux* des 26 et 27 septembre 1884. — *Le Droit*, 42 et 43 décembre 1884.) Le 24 septembre, un individu, jeune encore, et en proie à une surexcitation attribuée à l'alcoolisme, parcourait les rues de Vervins en gesticulant et proférant des menaces furibondes. Après une lutte violente, il fut conduit à la salle de police de l'hôtel de ville où se trouvait un vieillard arrêté pour ivresse. Ce dernier fut tué à coups de brodequins par celui qu'on venait d'enfermer. Le meurtrier était âgé de vingt et un ans, contrebandier redoutable, dont le casier judiciaire était fortement chargé. Il était sorti depuis trois semaines de l'asile de Prémontré. Le Dr Penant, qui a visité le prévenu à la maison d'arrêt, a déposé qu'on avait affaire à une brute sauvage. L'accusé a le délire alcoolique et devient très dangereux quand il a bu. Il est très calme quand il ne boit pas. Le jury rendit un verdict affirmatif avec circonstances atténuantes, et la cour prononça une condamnation à vingt ans de travaux forcés avec surveillance légale à la libération.

Le 27 octobre 1884, la thèse de l'atténuation de responsabilité par suite d'alcoolisme a été soutenue devant la cour d'as-

sises de l'Orne sans être admise par le jury (le *Droit*, 2-3 novembre 1881; *Gaz. des tribunaux*, 6-7 novembre 1884). L'accusé était âgé de trente-cinq ans; paresseux, viveur et ivrogne, il avait exercé la profession de boucher et fait de mauvaises affaires. A l'âge de vingt ans, il avait séduit une jeune fille qu'il rendit mère et épousa, mais il se montra ensuite d'une extrême brutalité envers sa femme. Le 29 juin, il quitta sa femme et ses enfants qui étaient dans un pré à faner, sous prétexte d'aller chercher du cidre. Sa femme ne le voyant pas revenir, partit à son tour et les enfants, ne voyant ni l'un ni l'autre rentrer, retournèrent à leur domicile. Ils trouvèrent leur mère au milieu d'une mare de sang et leur père auprès, un couteau à la main. Ils s'enfuirent appelant au secours. L'accusé, après son crime, but coup sur coup plusieurs verres d'eau-de-vie et tomba ivre. Le défenseur a sollicité l'indulgence du jury et invoqué l'atténuation de responsabilité, en se fondant sur une appréciation du Dr Morel, d'Argentan, en vertu de laquelle la responsabilité ne serait pas entière parce que l'accusé serait alcoolique. Le jury a rendu un verdict affirmatif sous circonstances atténuantes, et la cour a prononcé la condamnation aux travaux forcés à perpétuité.

La juridiction militaire n'admet pas l'ivresse comme cause d'irresponsabilité. Nous trouvons dans la *Gazette des tribunaux* en 1884 (6 février et 15 avril), deux exemples de condamnation pour violences commises sous l'influence de l'ivresse.

Dans le premier cas, il s'agit d'un véritable accès de folie passager, consécutif à l'ivresse, et dans lequel un militaire a menacé et cherché à frapper tous ceux qu'il rencontrait.

Un caporal, âgé de 24 ans, d'une conduite satisfaisante, n'ayant encouru en plus de trois ans qu'une seule punition grave (quinze jours de prison pour ivresse), entra un soir pris de boisson. L'officier de semaine lui infligea quatre jours de salle de police pour ivresse, et ordre fut donné de le faire lever et de le conduire à la salle de police. L'accusé résista d'abord, puis, sur une nouvelle injonction, il courut à demi vêtu à la chambre ordinaire, saisit son fusil et deux paquets de cartouches et descendit dans la cour de la caserne. A peine dans la cour, il se mit à hurler et à vociférer et tira un premier coup

de fusil en l'air. On voulut alors prendre des mesures de précaution, mais l'accusé courut vers la sentinelle de la poudrière, la mit en joue et tira sans l'atteindre. La sentinelle riposta, heureusement sans plus de résultat, puis l'accusé ouvrit le feu contre le poste de la porte d'entrée, et les hommes répondirent par des coups de fusil. Enfin, l'accusé laissa tomber son fusil et alla se coucher dans un coin. On put alors s'assurer de sa personne. Par bonheur, personne n'avait été atteint. Le prévenu passa la nuit à crier et à vociférer : le lendemain il avait absolument perdu le souvenir de cette déplorable scène, à partir du moment où il était allé chercher son fusil dans l'intention de se donner la mort. A l'audience, le prévenu manifesta un profond repentir et affirma ne se souvenir de rien. Le commissaire du gouvernement n'en requit pas moins l'application de la loi, rappelant au conseil de guerre qu'aux termes de la loi, l'ivresse n'est jamais une excuse. L'avocat présenta comme défense que, contrairement aux sages prescriptions des règlements militaires, qui interdisent d'infliger une punition à un homme ivre, tant que l'état d'ivresse n'a pas cessé, on avait fait lever l'accusé pour le conduire à la salle de police et qu'un véritable accès de folie s'était alors développé. Dans ces conditions, l'avocat invoquait l'irresponsabilité absolue. Après délibération, le conseil de guerre répondit négativement sur diverses questions qui étaient posées, et affirmativement sur celle de tentative de meurtre d'une sentinelle, et accorda des circonstances atténuantes. La condamnation prononcée fut cinq ans de réclusion, avec dégradation militaire, et cinq ans de surveillance.

Les actes incriminés avaient évidemment été commis sous l'influence d'un accès de délire présentant, par son caractère impulsif, des analogies avec la folie épileptique. L'accusé avait perdu la conscience de ses actions et n'en avait pas conservé le souvenir. Mais l'accès était consécutif à l'ivresse, et les antécédents du prévenu ne permettaient d'attribuer une autre cause que l'alcoolisme aigu. La faute commise en infligeant une punition, avant que l'état d'ivresse n'eût cessé, avait contribué à l'explosion du délire mais n'en était pas la cause première ; on pouvait l'invoquer comme circonstance atténuante, et le

conseil de guerre restait logique en n'admettant pas l'irresponsabilité absolue, puisque la juridiction militaire ne considère pas l'ivresse comme excuse.

Dans le second cas, le conseil de guerre s'est montré encore plus sévère. Il s'agissait de voies de fait envers un supérieur à l'occasion du service, et les actes incriminés avaient été commis à la suite de libations exagérées. En sept fois environ, le prévenu avait bu un tiers de litre d'eau-de-vie et, de plus, du vin et deux champoreaux. La peine de mort fut prononcée.

Nous aurons à poursuivre notre étude dans une prochaine revue, l'étendue du sujet et l'abondance des matières ne nous ayant pas permis de réunir, dans le cadre d'un seul article, tous les faits qui nous ont été communiqués ou qui ont été relevés par nous dans les journaux judiciaires.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ANGLAIS

Le Mental science.

(4^e trimestre 1879)

Analyse par MM. les D^{rs} DUMESNIL et PONS.

- J. A. Lush. — *Discours présidentiel prononcé à l'assemblée générale le 30 juillet 1879.*
J. Wilkie Burman. — *Sur les soins à part et le traitement médical spécial pour les cas aigus et curables dans les asiles (1).*
Fletcher Beach. — *Cas de tumeur du cerveau avec épilepsie et catalepsie.*
A. Campbell Clark. — *Séparation du lobe occipital gauche et autres anomalies dans le cerveau d'un imbécile hydrocéphale.*
Donald Fraser. — *Asiles espagnols.*
Rév. H. Hawkins. — *Soins consécutifs.*
T. S. Clouston. — *Asile ou habitation hospitalière pour deux cents malades, construit sur le principe de l'adaptation aux besoins variés et aux états mentaux de ses habitants, avec plans*
Notes et cas cliniques. — Notes du trimestre. — Revue. — Notes et nouvelles.

Le 30 juillet 1879, s'est tenue, à Westminster, la trente-quatrième séance annuelle de l'association médico-psychologique, sous la présidence du D^r Lush. Dans le discours qu'il a prononcé à cette occasion, l'honorable membre de la Chambre des communes s'est occupé principalement de la statistique de l'aliénation mentale. Nous en détacherons quelques données.

Au mois de juin 1846, il y avait, d'après le rapport des inspecteurs, en Angleterre et dans le pays de Galles, 23,000 aliénés. Le nombre des malades séquestrés dans les établissements

(1) Ce travail étant continué dans un autre numéro, sera analysé ultérieurement.

spéciaux et les work-houses était de 48,322; 4,700 personnes environ étaient laissées libres. A cette époque, la population de l'Angleterre et du pays de Galles était de 47,000,000 d'habitants. En 1878, après une génération écoulée, le nombre des aliénés séquestrés n'est pas moindre de 70,823, répartis comme il suit : maisons autorisées, 3,793; hôpitaux, 3,040; asiles de bourgs et de comtés, 37,763; Broadmoor et Bow, 900; work-houses, 46,265; pensionnaires privés, 747; aliénés pauvres en liberté ou chez leurs parents, 6,000; cas nouveaux d'aliénation mentale qui se sont produits depuis le rapport des inspecteurs jusqu'au 1^{er} janvier 1879, 2,500. Ce chiffre énorme correspond à une population actuelle de 25,000,000 d'habitants. Il semble, d'après ces nombres, que, tandis que la population normale s'est augmentée de 45 p. 100, celle des aliénés présente un accroissement de 250 p. 100 pendant cette période, et l'on est conduit à cette conclusion effrayante que, si la même progression a lieu pendant 33 nouvelles années, il faudra pourvoir en 1912 à l'entretien d'un quart de million d'aliénés ou d'imbéciles pour l'Angleterre et le pays de Galles.

Il est intéressant de comparer, à ces deux époques, la répartition des malades dans les divers établissements. Elle est indiquée dans le tableau suivant :

	1846	1878
Maisons autorisées.....	6,629	3,793
Hôpitaux.....	1,747	3,138
Asiles de comté.....	5,486	37,763
Broadmoor et Bow.....	"	900
	<hr/> 43,832	<hr/> 45,594

On voit par ces chiffres que, si les admissions ont été en décroissance dans les maisons autorisées, leur nombre a considérablement augmenté dans les hôpitaux et les asiles publics. Les placements volontaires sont en progression partout, mais principalement dans ces deux dernières classes d'établissements, grâce à la condition plus fortunée de l'élément moyen de la population. L'accroissement maximum s'est montré dans les hôpitaux, où il est de 460 p. 100. Notons enfin comme dernier renseignement que les aliénés pauvres ont augmenté dans la proportion de 300 p. 100.

Le Dr Lush plaide la cause des maisons autorisées, qui comptent en Angleterre de nombreux adversaires. Outre que ces

établissements répondent à une nécessité actuelle, leur suppression aurait pour effet de priver la médecine mentale de spécialistes distingués. Bien loin de recevoir trop facilement leurs pensionnaires, et de prolonger indûment leur détention, les maisons autorisées ont, au contraire, une tendance tout opposée. Notre éminent confrère constate avec regret cet état très fâcheux de l'opinion qui, influencée par de prépotents amis des aliénés, entrave souvent l'admission des malades, même dans les asiles publics. L'abstention volontaire des familles et des autorités locales est funeste pour les intérêts vitaux de la nation. En un an, d'après M. Wilkes, le nombre des suicides en Angleterre n'a pas été moindre de 4,600, et les journaux sont remplis d'actes sanglants accomplis par des malades non séquestrés ou sortis prématurément d'un asile. Ce sont de faux philanthropes qui poussent à la fermeture des maisons autorisées et demandent la liberté pour les aliénés pauvres. La transformation de la loi dans un pareil sens n'aurait pas pour effet de produire la diminution de l'aliénation mentale, elle aurait simplement pour résultat l'abandon de l'aliéné. En terminant, l'orateur formule les vœux suivants : La responsabilité de la famille devra être augmentée, la foule sera éclairée sur la gravité de toute maladie mentale, il faut désirer, autant que possible, l'intervention de l'Etat; enfin, le sort des aliénés séquestrés subira toutes les améliorations compatibles avec la sécurité commune et les conditions de leur état mental.

Un cas intéressant de tumeur du cerveau est rapporté par M. Fletcher Beach, directeur de l'asile de Darenth. Le sujet de cette observation est une jeune fille de seize ans, dont la mère, affectée de diathèse rhumatismale, est morte consécutivement à deux attaques compliquées d'aphasie. Un de ses frères, en outre, a succombé à un accès de coqueluche. Cette jeune fille devint choréique à l'âge de neuf ans, après une insolation. Quatre ans plus tard, survinrent, pendant un bain, des attaques d'épilepsie, qui se substituèrent définitivement à la névrose primitive. A son admission, elle paraît jouir d'une bonne santé. Elle est hystérique et présente un bruit mitral à l'auscultation. Intelligente et assez instruite, elle est employée à l'école où elle fait des progrès rapides et devient moniteur. Elle a de temps à autre des attaques d'épilepsie, elle a été sujette à deux reprises à des accidents cataleptiques. La dernière crise de cette nature a été précédée d'un assoupissement de trente-six heures

de durée. Chaque fois, la malade a été plongée, pendant une heure environ, dans un état de mort apparente et est revenue progressivement à la vie normale. Neuf mois environ après son entrée, elle est atteinte d'un rhumatisme aigu avec complications cardiaques et elle succombe, au bout de quarante jours, dans une attaque, où l'on a remarqué la prédominance des convulsions à gauche.

L'autopsie a montré les altérations suivantes : adhérences de la dure-mère au crâne, surtout à droite de la ligne médiane de l'os frontal, où elle est congestionnée et épaissie. Poids du cerveau : 2 livres 5 onces. Sous les première et deuxième circonvolutions frontales droites existe une tumeur du volume d'une grosse noix placée en avant et au-dessus du ventricule latéral, dont elle contribue à former la voûte.

Dure et onicaire à sa surface, elle est molle et fibreuse dans ses parties profondes et son centre est rempli d'une matière caséuse. Ses contours sont bien définis, sans enkystement, et son poids est de deux onces. L'examen des autres organes démontre l'existence d'une péricardite ancienne et une congestion avec hypertrophie des ganglions bronchiques et mésentériques.

M. Fletcher Beach pense que cette tumeur était un sarcome dégénéré; un cas semblable est rapporté par le Dr Magnan, dans le 4^e numéro du *Brain*. C'est à sa présence qu'il faut attribuer les attaques d'épilepsie qui ont été le résultat, non d'une irritation directe, les circonvolutions affectées n'étant pas motrices, mais d'une action médiate sur les circonvolutions voisines, suivant la théorie de Brown Séquard. Il est bon de se rappeler que les attaques avaient principalement lieu du côté gauche, celui opposé à la tumeur.

La catalepsie dérive enfin de la même cause, et doit être imputée à la fatigue de l'organe cérébral, occasionnée par les convulsions chez une hystérique. La moindre excitation devait suffire pour produire l'instabilité du cerveau, suspendre la volonté, et donner lieu à l'accès de catalepsie.

Le 14 novembre 1878, l'association médico-psychologique entendait la lecture d'un bien curieux mémoire du Dr Campbell Clark, médecin adjoint de l'asile d'Édimbourg, sur un cas d'hydrocéphalie compliquée de nombreuses anomalies cérébrales. C'est une véritable curiosité morphologique et nous ne saurions mieux faire, pour en donner une idée bien nette,

que de reproduire à peu près intégralement l'excellent résumé qui termine cette étude. Quelques mots d'abord sur l'histoire du sujet.

Atteint d'imbécillité, il était le fils illégitime d'une femme adonnée à l'ivrognerie, et c'est à l'abandon où sa mère l'avait laissé qu'il dut d'être admis à l'asile de Melrose, à l'âge de 38 ans. Il avait alors le développement intellectuel d'un enfant de 10 ou 12 ans. Sa mémoire était assez remarquable ainsi que ses facultés morales; mais ses facultés émotives avaient une prédominance d'action et il se montrait notamment très peureux et impressionnable. Au point de vue des fonctions nerveuses, il existait de l'hémiplégie à droite et de l'obtusion de la sensibilité du même côté. Son langage ne présentait pas d'altération. Il était affecté enfin d'un strabisme convergent de l'œil droit. Cet imbécile succomba consécutivement à une péritonite chronique, et fut emporté par des accidents cérébraux, coma et strabisme convergent de l'œil gauche. Nous donnons les particularités les plus saillantes de l'autopsie ou plutôt de l'analyse anthropologique faite par notre savant confrère.

Mensuration de la tête

Du tragus au milieu du front	{ gauche 6 pouces 1/2 droite 6 d°
Du tragus à la protubérance occipitale	{ gauche 7 pouces droite 6 pouces 1/2
Ligne glabello-occipitale.	14 pouces
D'une apophyse mastoïde à l'autre.	14 pouces 1/2
Circonférence au niveau de la protubérance occipitale et des bosses frontales	24 pouces 1/2
Demi-circonférence droite.	12 pouces
— gauche.	12 pouces 1/2
Poids des différentes parties des centres nerveux :	
Hémisphère droit.	43 onces 1/4
— gauche	6 onces 1/2
Moelle, protubérance et cervelet.	5 onces 1/4
	<hr/>
	Total. . . 25 onces
Membranes.	2 onces 3/4

Nous résumons brièvement les caractères principaux de cette observation :

1. *Caractères cliniques* : 1° Insuffisance mentale, autrement dire imbécillité;

2° Faculté de la mémoire non atteinte, celle du langage enfantine;

3° Paralyse du bras et de la jambe à droite, avec sensibilité défectueuse du même côté;

4° Strabisme convergent de l'œil droit pendant la vie, et strabisme double convergent peu d'heures avant la mort.

2. *Caractères pathologiques macroscopiques.* — 1° Etat asymétrique du crâne, au point de vue: 1° du contour général; 2° de l'épaisseur des os; 3° de l'étendue et de la forme des fosses; et 4° des sillons vasculaires dont il est creusé.

2° Large kyste dans le côté droit comprenant toute l'étendue superficielle de l'hémisphère et contenant environ 46 onces de fluide limpide. A gauche, couvrant la partie supérieure et externe du lobe frontal, autre kyste du volume d'une orange moyenne et contenant du cérum coloré par du sang récemment épanché et un caillot fibrineux. Troisième kyste couvrant l'hémisphère gauche à la partie supérieure et externe. Ce kyste postérieur était le plus volumineux des trois et contenait environ 20 onces de sérum limpide. Les parois de ces trois kystes sont formées par l'arachnoïde épaissie, plus un revêtement externe de la dure-mère; mais le plancher des deux plus gros est plus ou moins libre de ces membranes. — Absence de l'arachnoïde à la base du cerveau et présence d'une excroissance osseuse d'un demi-pouce à la partie antérieure de la faux du cerveau.

3° Destruction de la substance cérébrale portant plus ou moins sur les circonvolutions suivantes: (A) transverses frontales, circonvolution du corps calleux et circonvolution marginale du côté droit; (B) temporo-sphénoïdales moyenne et inférieure, circonvolution du corps calleux et lobule carré du côté gauche; (C) corps calleux.

4° Arrêt de développement des circonvolutions suivantes: (A) lobe occipital gauche; (B) des ascendantes frontale et pariétale gauches; (C) de l'insula de Reil gauche.

5° Séparation complète du lobe occipital gauche du reste de l'hémisphère, en ce qui concerne la continuité de la structure nerveuse.

6° Asymétrie de développement des circonvolutions frontales et des pariétales.

7° Arrêt de développement, à gauche, de la scissure de Sylvius et de celle de Rolando.

8° Faible développement des commissures postérieure et moyenne du troisième ventricule.

9° Absence de l'aqueduc de Sylvius.

3° *Caractères pathologiques microscopiques.*

4° Etat sain et développement régulier relativement, des éléments nerveux dans le lobe occipital gauche, et démonstration, dans une circonvolution prise isolément, d'une série de centres ganglionnaires avec des paquets de fibres nerveuses les reliant et s'étendant aussi à travers la substance grise.

2° Lobe occipital droit offrant une dégénération plus étendue dans sa substance blanche que le gauche.

3° Insuffisance des fibres nerveuses dans les circonvolutions ascendantes gauches, et leurs cellules pyramidales relativement plus petites et en moins grand nombre que dans le côté droit.

4° Dégénération de cellules dans la frontale ascendante (droite), le corps dentelé et le plancher du 4^e ventricule dans la moelle allongée.

4° *Examen macroscopique et examen microscopique combinés.*

Le système de projection de Meynert a fait voir, dans le côté gauche, les points défectueux suivants :

A. *Zone motrice.* Ascendantes frontale et pariétale (résultat macroscopique et microscopique) et lobule pariétal. Corps strié (ramolli). Crura (diminution de volume). Pyramide antérieure de la moelle (examen macroscopique et microscopique).

B. *Zone sensitive.* Le lobe occipital et une partie du temporal, etc. Couche optique (de faible dimension). Tegmentum (petit). Pyramide antérieure de la moelle (faible).

Dans les commentaires dont il fait suivre la relation de ce fait curieux, le Dr Campbell-Clark cherche à rapprocher les troubles fonctionnels présentés par le malade des conditions physiologiques anormales révélées par l'examen du cerveau. Il appelle d'abord l'attention sur ce fait physiologique frappant, que sans connexion nerveuse, sans fonction, malgré les influences pathologiques existantes, et n'ayant pour sa nutrition qu'une étroite bande de pie-mère, ce petit lobe a, pendant quarante ans, maintenu à peu près sans altération son intégrité de structure nerveuse.

Les points d'intérêt sont ici nombreux et variés pour l'anatomiste qui se trouve en présence d'une masse d'excentricités.

L'auteur pense que la connexion fonctionnelle, les uns avec les autres, des divers groupes de cellules, dans la même circonvolution, aurait été reconnue plus tôt si le hasard eût fait porter l'examen sur un lobe semblable à celui-ci, attendu que la petitesse de ses éléments de connexion eût échappé à

l'action divisante du scalpel; il se demande, à cet égard, si une étude microscopique d'une circonvolution en cours de développement ne jetterait pas quelque nouveau jour sur sa structure.

Mais la question la plus importante que ce fait soulève, concerne la localisation des fonctions cérébrales. Contribue-t-il pour quelque chose à la solution du problème, et jusqu'à quel point? Pour la première partie de la question on peut répondre par l'affirmative. La condition rudimentaire des circonvolutions ascendantes gauches, la faible dimension du lobule pariétal, la lésion étendue du corps strié gauche, combinés avec le fait clinique d'une hémiplegie droite congénitale, sont tout à fait favorables à l'opinion que les circonvolutions désignées plus haut sont associées aux mouvements du bras et de la jambe.

La petite dimension relative de la couche optique gauche, du tegmentum du pédoncule et de la pyramide postérieure de la moelle; la dissociation du lobe occipital et la destruction d'une partie du lobe tempéro-sphénoïdal, combinées avec la sensibilité défectueuse du côté du corps à droite, semblent s'harmoniser avec la distribution principale des fibres sensitives, telle qu'elle a été donnée par Meynert, distribution, toutefois, que Ferrier conteste.

Mais la plus grande difficulté du problème se présente quand on cherche à établir jusqu'à quel degré les conditions pathologiques et les symptômes de l'ordre mental, pris ensemble, peuvent éclairer la question de la localisation. Il y a encore doute quant à la part prise par les hémisphères, respectivement, dans les manifestations psychiques. Pour quelques observateurs, en ce qui concerne la mentalisation, un hémisphère suffit. Non seulement, dit le D^r Clark, cette assertion est en opposition avec ce qu'on est porté à croire *a priori*, mais elle est en désaccord avec les conditions cliniques et pathologiques soigneusement observées. C'est ainsi que l'observation de Gage, à qui un coup de barre de mine enleva la partie préfrontale du lobe cérébral gauche, a dû être modifiée en 1878 par Ferrier qui l'avait citée en 1876 dans son ouvrage sur *« Les fonctions du cerveau »*.

En effet, d'après un détail complet de ce cas produit plus tard par le D^r Harlow, il y eut un changement positif dans l'état mental du malade qui éant, avant l'accident, un homme d'un esprit bien équilibré, d'une énergie et d'une capacité

très remarquables pour les affaires, était tombé à l'état d'un enfant en ce qui regarde sa capacité et ses manifestations intellectuelles, etc. Cependant ce fait, avec beaucoup d'autres, a été cité, pour démontrer qu'un lobe peut être sérieusement lésé sans symptômes mentaux.

Et, à ce sujet, le D^r Clark rappelle la recommandation de Ferrier, en ce qui touche non seulement les investigations psychologiques auxquelles on devrait soumettre tout individu se trouvant dans ce cas, mais encore la comparaison de ses principales facultés intellectuelles avant et après l'accident traumatique.

Au point de vue physique, ces deux cas offrent les rapports suivants. (A) Relations des deux hémisphères détruites jusqu'à un certain point: chez R..., par le défaut de commissure, chez Gage par la lésion destructive préfrontale. (B) Système d'association entre les circonvolutions incomplet dans l'hémisphère gauche: chez R..., par la dissociation du lobe occipital et les insuffisances de certaines circonvolutions, chez Gage par l'effet de la lésion préfrontale. Chez R..., le défaut de relation était beaucoup plus prononcé que chez Gage, mais il y avait également défaut dans la région préfrontale droite.

Au point de vue mental, ils s'accordent, en ce qu'il y avait imbecillité; mais ils diffèrent à l'égard du caractère moral et des émotions. Gage, dans ses conditions mentales modifiées, présentait une prédominance marquée des impulsions mauvaises, une façon de diriger qui manquait de ligne intelligente et de contrôle sur soi-même, et une dépravation morale considérable. Tandis que R..., dont la personnalité était moins accentuée, avait moins besoin d'une action réprimante, ne montrait pas de mauvaises impulsions, n'avait de defectueux dans la direction de soi-même que ce qui est inhérent à une nature passive; il avait du respect pour les lois morales, des émotions, etc.

En ce qui a trait à la pauvreté de la circonvolution de Broca et de l'insula gauche de Reil, comparées avec les points correspondants du côté droit, le D^r Clark note que la simplicité des expressions de R..., et son vocabulaire borné, étaient tout à fait en rapport avec ces conditions. En même temps, on peut soutenir que leur volume plus large et leur développement meilleur dans le côté droit, combinés avec le fait que R... était pratiquement gaucher (étant congénialement hémiplegique du côté droit), prétenent un solide argument en faveur de l'opinion

que le centre du langage était situé, dans ce cas, dans l'hémisphère droit.

L'auteur termine son consciencieux travail en disant que cet étrange cerveau si fertile en suggestions de diverses sortes, doit attendre son temps pour de plus amples explications, en ce qui a trait aux capacités mentales comparées avec les conditions pathologiques qu'il vient de décrire.

L'Espagne aurait encore beaucoup à faire, s'il faut en croire un voyageur anglais, le Dr Donald Fraser, pour se mettre au niveau du reste de l'Europe, en ce qui concerne le traitement des aliénés. Triste est l'impression laissée par la lecture du chapitre écrit par notre confrère sur les rares établissements publics où sont recueillis ces malades. Ce travail contient en outre quelques chiffres instructifs sur la production de l'aliénation mentale dans les diverses provinces de l'Espagne. Notre spécialité y compte néanmoins des représentants distingués. Nous constaterons avec plaisir que le professeur Esquerdo dirige à Carabonchel, près de Madrid, une bonne maison de santé, d'après les idées modernes. Mais nous nous attacherons surtout, dans ce paragraphe, à examiner l'assistance publique des aliénés et nous reconnaitrons, avec peine, qu'elle est insuffisante.

Le premier asile public visité par M. Fraser est celui de Léganes, à quatorze kilomètres de Madrid. Cet établissement contient 200 malades, sur lesquels on compte 60 pensionnaires divisés en deux classes, et 140 malades assistés. L'année précédente il y avait eu, à l'asile, 40 admissions, 40 ou 42 décès, 44 guérisons et autant d'améliorations. Le personnel de surveillance se compose d'environ 50 sujets, soit un gardien pour 4 aliénés. Le service médical comprend deux médecins et deux élèves en médecine. L'installation hygiénique de l'asile est très défectueuse, et le travail peu employé dans le traitement des malades. Les sœurs exercent à Léganes une influence prépondérante. On le concevra aisément, lorsqu'on saura que l'asile est placé sous l'autorité d'une commission de dix dames nommées par le ministre de la couronne et présidée par la princesse des Asturies. Toutes les semaines deux membres de cette commission viennent inspecter les malades; là se borne le contrôle officiel.

Quelques jours après, notre voyageur se trouvait à Tolède et visitait l'établissement *del Nuncio*, l'un des plus anciens de

l'Espagne, qui doit son existence à Francisco Orthiz, nonce du pape, en 1483, et reçut de ce prélat le nom de *Maison des Innocents*.

C'est le lieu de séquestration où le fictif Don Quichotte fut conduit par ses parents. L'asile actuel remonte à 1790, et a été fondé par le cardinal Torenzana. C'est un bel édifice de forme carrée; divisé crucialement par quatre vastes préaux intérieurs. Au centre est la chapelle, où l'on voit une toile attribuée à Ribera. L'asile est dépourvu de jardins, mal installé au point de vue hygiénique et nullement adapté aux indications de la thérapeutique mentale. Il peut loger 200 à 250 malades, mais il n'en contient que 47 dont 2 ou 3 pensionnaires. Le directeur, le Dr Fernandez Sanchez, est un homme de progrès; il pratique de son mieux le non-restraint, et ne se dissimule pas les imperfections de son asile.

La mortalité y est considérable. De 1872 à 1876, 417 malades ont été admis. Sur ce nombre, 59 sont morts, 25 ont guéri, et il en reste 33. Les affections qui ont causé la mort sont: maladies du cerveau et du système nerveux, 30; de la poitrine, 6; du ventre, 35; maladies constitutionnelles, 6; gangrène du pied, 4; asphyxie par strangulation, 4; 24 malades ont succombé à la dysenterie. Les formes des maladies mentales sont connues pour 403 malades admis, elles se sont réparties de la manière suivante: manies, 54; mélancolie, 40; monomanie, 4; extase, 1; stupeur, 4; démence, 10; épilepsie, 12; hystérie, 3; imbecillité, 5; idiotie, 4; paralysie générale, 2.

A Valence revient l'honneur d'avoir construit le premier des asiles espagnols. C'est en l'année 1409 qu'un frère mendiant, Jofre Gilanext, a fondé, pour les aliénés errants, la *Casa de Orates*. L'établissement primitif a été plus tard désaffecté, on en a fait un hôpital général. Actuellement, les aliénés sont recueillis dans un ancien couvent de jésuites. Pour employer l'expression de notre confrère, un peu de *conollyisme* serait grandement nécessaire à ces malheureux. Le besoin d'être concis nous empêche d'aborder les détails; nous ne pouvons nous dispenser toutefois d'emprunter à M. Fraser quelques lignes: « Après avoir traversé une cour, dit-il, nous atteignîmes » une rangée de bâtiments qui nous parurent être des caves, » et ce fut mon impression jusqu'au moment où je demurai » saisi par l'apparition d'une face humaine à travers l'entre- » bâillement d'une porte. Un surveillant se tenait à l'entrée » d'une pièce qui semblait être une cellule plus grande que les » autres, et là, je vis une scène qu'on ne saurait retrouver de

« nos jours dans aucun pays d'Europe. La salle avait 42 à 44
 « pieds carrés ; le plancher était couvert de paille. Étendus par
 « terre ou assis sur un banc fixé dans le fond, se voyaient une
 « dizaine d'hommes, ayant pour tout vêtement une che-
 « mise de toile bleue grossière, descendant au-dessous des
 « genoux. Ces misérables dévoraient le morceau de pain qui
 « venait de leur être distribué dans de petites assiettes en
 « étain. Plusieurs d'entre eux ressemblaient à des singes. La
 « teinte bronzée de leur cou et de leurs membres prouve
 « l'ancienneté de ce traitement barbare.... »

Dans un autre réduit se trouvait un tuyau de douches, mais on ne s'en sert jamais comme punition, ce qui est heureux, Njoute le Dr Fraser, pour le porc qui a là son domicile.....
 ous n'insis tons pas, et nous nous consolons à la pensée que la ville de Valence va s'offrir incessamment un asile modèle. Cet établissement, qui doit loger 600 malades ne coûtera pas moins de trois millions de réaux.

Au 4^{er} janvier 1877, les aliénés répartis entre l'hôpital général et l'asile proprement dit, étaient au nombre de 448 ; 289 hommes et 159 femmes. Dans le courant de l'année avaient été admis 84 hommes et 54 femmes ; il y avait eu 74 sorties : 50 hommes et 24 femmes ; 68 décès : 43 hommes et 25 femmes. Il restait à l'asile, à la fin de l'année, 441 malades.

L'asile de Grenade est moins vieux de quatre-vingts ans que celui de Valence. Les malades n'y sont guère mieux traités. Au moment de la visite de notre confrère, cet établissement contenait 160 malades, dont 105 hommes. Même situation qu'au moment de la visite du Dr Lockhart Robertson, en 1868.

Le quinzième siècle a vu s'élever quatre asiles d'aliénés : ceux de Valence, Saragosse, Séville et Tolède.

L'asile de Saragosse a été détruit par l'armée française en 1808. Il a été restauré depuis, dans des conditions aussi mauvaises qu'auparavant. Sa population est de 400 malades. L'hôpital général et l'asile de Séville ne présentent rien de bien intéressant ; la contrainte y est couramment employée, comme dans les autres. L'asile le plus important de l'Espagne est celui de San Basilio de Llobregal, à Barcelone. C'est une immense maison de santé, d'un caractère public, privé et militaire, qui reçoit les malades de 21 provinces et a 600 places. Sa construction date de 1834, et, d'après le prospectus illustré mis sous les yeux du Dr Fraser, il répond admirablement au but pour lequel il a été fondé.

L'asile public de Barcelone est un département de l'hôpital général ; il est fort mal aménagé et loge 500 aliénés.

L'Espagne possède encore un asile public à Valladolid pour 500 malades. C'est l'ancien palais de don Alvaro de Luna, qui fut exécuté en 1493. Il y a, dans la même ville, une maison privée pour 45 pensionnaires. Si l'on ajoute aux précédents établissements trois maisons de santé, où 160 aliénés environ peuvent recevoir des soins, et quelques quartiers d'hospice disséminés dans le pays, on aura une idée à peu près complète de l'assistance des aliénés en Espagne.

Il y a trois cents étudiants qui se livrent à l'étude de l'aliénation mentale, les spécialistes ne le cèdent en rien à ceux des autres parties de l'Europe, et, en Espagne comme ailleurs, la croyance à la nature SPIRITUELLE de la folie va s'effaçant ; mais, dit en terminant le Dr Fraser, dans ce cas, comme pour les autres sphères d'action, il faut que le fléau de ce pays disparaisse, la suprématie cléricale !

Par l'expression *after care* (soins consécutifs), le révérend Hawkins entend désigner la protection qui est nécessaire aux aliénées guéries que leur sortie de l'asile voue à l'abandon. Un grand nombre de ces malheureuses se trouvent complètement isolées, ou leurs parents n'ont pas les moyens de leur venir en aide. Dans ces conditions la misère, les privations, les souffrances morales ne tardent pas à les faire rechuter et elles sont bientôt ramenées à l'asile. Dans un article éloquent et chaleureux, l'honorable clergyman appelle à leur aide la charité publique et prend l'initiative d'un comité philanthropique. Cette association, composée de dames, pourra s'adjoindre quelques hommes de cœur qui accepteront de gérer les intérêts financiers. A sa tête sera une noble femme, entièrement dévouée aux aliénées, comme mistress Fray s'est dévouée aux prisonniers, Agnès Jones aux malheureux des workhouses, sœur Rosalie aux infortunés de toute sorte.

M. Hawkins passe en revue les diverses circonstances dans lesquelles ses protégées pourront être secourues. Quelques-unes sont capables de gagner leur vie à leur sortie ; il faudra leur trouver du travail. L'association devra servir d'intermédiaire entre les convalescents et le public. D'autres, au contraire, ont besoin de se reposer quelque temps, soit à la campagne, soit au bord de la mer. L'auteur se demande pourquoi

les asiles d'aliénés n'auraient pas, comme les hôpitaux ordinaires, leurs *convalescent home*. Il s'élève contre le projet de placer les aliénés guéris dans les asiles de convalescents ordinaires, où ils pourraient trouver mauvais accueil, et pense qu'il serait facile de leur assurer, à peu de frais, un séjour agréable dans des retraites spéciales. Il propose d'affecter à ses convalescentes de simples maisons bourgeoises, montées économiquement, sous la direction d'une dame désintéressée. L'établissement n'aurait d'autres frais que le loyer et l'entretien du ménage. Il n'admettrait point de domestiques, et les pensionnaires elles-mêmes se chargeraient du service. Pendant leur séjour, elles pourraient, tout en consolidant leurs santé, se rendre utiles et se mettre en rapport avec l'extérieur pour trouver plus tard des moyens d'existence.

Une institution semblable serait surtout utile aux étrangères et aux aliénées alcooliques sur lesquelles elle aurait une influence moralisatrice. Enfin, l'association ne perdrait pas de vue la malade une fois libre et pourrait encore, dans l'avenir, l'aider de ses secours et de ses conseils. Pour accomplir son œuvre, M. Hawkins compte sur les ressources suivantes : 1^o l'allocation délivrée par les juges de paix aux aliénés guéris, pendant une certaine période, après leur sortie de l'asile. C'est une contribution hebdomadaire qui ne doit pas dépasser les frais affectés par les paroisses à l'entretien du malade ; 2^o les fonds de charité disponibles dans quelques asiles, dont une partie est distribuée aux malades sortants ; 3^o la charité privée.

Nous sommes heureux d'ajouter que l'appel de l'homme généreux qui a écrit cet article a été entendu.

Le 5 juin 1879, une société d'hommes distingués et de dames, réunis chez le Dr Bucknill, discutait cette question importante et, sur la proposition de MM. Lockhart Robertson et Hack Tuke, se formait en association. Quelques jours après, le 29 juillet, un groupe de quinze dames se réunissait dans le même but et organisait définitivement l'œuvre projetée.

En élaborant pour l'Etat de Massachussets, le projet d'asile dont nous trouvons les plans, aujourd'hui, dans le *Mental science*, M. Clouston a eu l'intention de construire, selon la belle pensée d'Esquirol, un véritable instrument de guérison. Cet établissement méritera ce titre, en effet, s'il tient les promesses de son auteur, et si, comme celui-ci l'espère, la moitié de la population (cent sur deux cents) se renouvelle annuellement.

Notre éminent confrère a eu beaucoup plus en vue le traitement de l'aliénation mentale que l'hospitalisation des aliénés, et son asile diffère quelque peu des types connus. On remarquera, par exemple, qu'il n'offre pas des proportions harmonieuses. L'auteur exige surtout la variété dans la forme, l'uniformité lui paraissant incompatible avec le traitement moral. Ensuite, la situation des divers quartiers, indiquée par le besoin des malades d'être plus ou moins rapprochés du centre, présente une disposition contraire aux règles de la symétrie. L'excellente étude que nous avons sous les yeux comprend deux parties. La première est didactique et l'auteur y trace les règles qui doivent servir de base à l'édification d'un asile modèle. Nous ne nous y arrêterons pas, et nous nous bornerons seulement à résumer à grands traits la fin de ce travail consacré à la description de l'établissement. Mais il convient d'indiquer d'abord le classement des malades d'après les idées de notre confrère :

- 1° Vivement excités; déments avancés et malpropres.
- 2° Récemment admis; malades en voie d'amélioration; quelques déments tranquilles, mais ayant besoin de surveillance.
- 3° Aliénés souffrants, infirmes, paralytiques, épileptiques ayant de nombreuses attaques, gâteux, vieillards récemment admis dans un état d'affaiblissement physique, tout ce qui réclame; en un mot, les soins d'infirmier (nursing).
- 4° Convalescents; déments tranquilles et inoffensifs; malades présentant des délires non dépressifs.
- 5° Malades à demeure; sujets à des conceptions délirantes anciennes; déments tranquilles ou modérément excités; tous bons travailleurs.

Les deux premières catégories de malades ont leur quartier dans le voisinage du centre de l'asile, pour être plus à portée de recevoir des soins spéciaux. La troisième, celle des malades faibles, a été placée beaucoup plus loin, à l'autre extrémité des services généraux. Ils doivent être surtout l'objet d'une assistance hospitalière; leur quartier qui jouit d'une certaine indépendance est placé sous la direction d'un ménage. La quatrième classe de malades, les convalescents, occupe une habitation située à une assez grande distance pour que ces pensionnaires trouvent une heureuse diversion dans le changement de milieu. Toutefois ces malades ne sont pas complètement séparés du reste de l'asile, une galerie vitrée relie leur quartier au bâtiment central et ils viennent prendre leurs repas dans

le réfectoire commun. Enfin, le quartier des travailleurs est entièrement isolé du reste de l'établissement. Ces malades qui sont incurables et ne réclament pas des soins continus, forment une petite colonie indépendante.

Il nous faudrait maintenant entrer dans les détails de la distribution des quartiers, dont aucun, à cause de sa destination spéciale, ne ressemble à un autre quartier. Mais, outre le manque de place, nous pensons qu'une description de cette nature, quelque exacte qu'elle puisse être, ne saurait être bien comprise qu'à l'aide d'un plan.

Il va sans dire que M. Clouston, pour compléter son œuvre, met à la disposition de l'architecte tous les procédés de la science moderne. La ventilation de tous les quartiers, principalement des quartiers des faibles, est assurée par des appareils perfectionnés.

Les portes des water-closets sont garnies de bourrelets élastiques et ferment automatiquement; enfin, de nombreux téléphones établissent une communication permanente entre les divers quartiers, le bâtiment central et le logement du directeur.

Nous renvoyons donc les médecins d'asile, que cela pourrait intéresser, à ce numéro du *Mental science*, où ils trouveront bon nombre de dispositions parfaitement entendues et souvent fort ingénieuses.

De toutes les lois intéressant l'aliénation mentale, que promettait la session législative pour l'année 1879, une seule a vu le jour; c'est celle dite des « buveurs d'habitude » (*Habitual Drunkards' Act*), dont nous lisons un excellent exposé critique au chapitre des notes du trimestre. Cette loi a été mise en vigueur au 1^{er} janvier 1880; la durée de son application doit être de dix ans. Elle définit le buveur d'habitude « une » personne qui tout en n'étant justiciable d'aucune loi sur l'aliénation mentale, est néanmoins susceptible, à la suite d'une » ingestion immodérée et habituelle de liquides toxiques, » d'être éventuellement dangereuse pour elle-même ou pour les » autres, ou incapable de se conduire ou de gérer ses affaires. »

Le principe de la loi est l'admission volontaire de l'alcoolique; cette disposition est justement critiquée par notre confrère. Il pense, avec raison, que les buveurs qui voudront bien se soumettre à une séquestration seront en nombre dérisoire et que ceux qui resteront libres seront précisément les plus

dangereux. Aussi a-t-il peu de confiance dans l'avenir de ces institutions privées :

Les « Retraites » doivent être inspectées deux fois l'an. Deux pièces, dont nous donnons ci-après la copie, sont exigées pour l'admission :

1° — « Je soussigné, vous requiers par la présente de me recevoir en qualité de malade dans votre retraite de..... conformément à l'acte ci-dessus et je m'engage à y demeurer pendant... (une période n'excédant pas douze mois), à moins que ma sortie ne s'effectue régulièrement à une date plus rapprochée ; je m'engage en outre à me conformer au règlement en vigueur actuellement dans la Retraite. »

2° — Le susnommé a signé cette requête en notre présence ; nous avons constaté, au même moment, qu'il était buveur d'habitude, dans le sens qu'attache à cette expression la loi de 1879 ; nous lui avons exposé les conséquences de sa demande et de sa réception dans la Retraite, ce dont il a paru avoir pleine et entière conscience. »

Suivent les signatures, les adresses et signalements de l'impétrant et des témoins et la signature du juge de paix.

Les membres de l'autorité locale qui autorisent le placement sont les juges de paix de bourgs ou de villes réunis en session spéciale, et les juges de paix du comté réunis en session trimestrielle. L'un des directeurs autorisés doit toujours résider dans l'établissement.

Le directeur d'une Retraite ne peut administrer un asile d'aliénés. Enfin, une dernière disposition concerne les pensionnaires qui s'évadent avant le temps fixé par l'acte d'admission. Sur la déclaration du directeur, le magistrat peut les faire arrêter et ordonner, s'il y a lieu, leur réintégration.

L'important ouvrage de M. le Dr Voisin sur la paralysie générale des aliénés, est l'objet d'une analyse des plus détaillées au chapitre de la « Revue » où est encore mentionnée la publication d'une brochure d'actualité, qui a pour titre : « Quelques remarques sur la législation proposée des aliénés. » L'auteur anonyme de ce travail s'attache à démontrer l'utilité des maisons privées, en Angleterre.

L'association médico-psychologique, dans sa séance trimestrielle du 18 juin et à sa réunion générale annuelle du 30 juillet, s'est occupée surtout des intérêts des aliénistes. Au cours

de ces deux séances, la question des pensions de retraite a été longuement examinée; cette discussion se résume excellemment dans les résolutions suivantes, formulées par le D^r Murray Lindsay :

4° Les clauses qui, dans les lois sur l'aliénation mentale et autres, concernent la retraite des employés et domestiques des asiles de bourg et de comté, des asiles métropolitains pour aliénés et imbéciles, en Angleterre; des asiles royaux en Ecosse et des asiles de district en Irlande, réclament revision et modification. Les dispositions législatives touchant la retraite devront s'étendre à tous les employés et domestiques des asiles de pauvres dans le Royaume-Uni.

2° Le pouvoir accordé auxdits employés et domestiques de toucher une retraite ne sera pas subordonné à une autorisation, mais ils devront recevoir leur pension de droit, après un certain temps de service, d'après une échelle déterminée d'avance.

3° Les médecins d'asile devront être soumis pour la retraite à la loi des retraites civiles, et seront assimilés, en ce qui concerne l'échelle des pensions, aux inspecteurs de l'aliénation mentale et autres employés civils de première classe.

4° Le paiement des salaires, émoluments, gages et pensions des employés et domestiques des asiles de comtés, bourgs, districts et paroisses, sera effectué par le gouvernement impérial, au lieu de l'être par les unions ou les « Poor-law guardians »; il en sera de même des frais de réparation et de construction dans les asiles.

5° Le service d'un employé sera considéré comme n'ayant pas subi d'interruption après un changement de poste ou une nomination comme membre du « lunacy-board » (comité pour l'aliénation), mais le séjour de l'employé dans tout asile public ne sera pas inférieur à trois ans.

6° La retraite devra être réglée d'office lorsque l'employé aura atteint un certain âge et une durée de service déterminée, au moins pour les médecins et les employés supérieurs.

L'examen de cette grave question a rempli presque entièrement les deux séances de l'association. Nous devons mentionner cependant, à la réunion générale, une discussion intéressante sur le rôle des maisons privées en Angleterre et deux motions importantes: l'une du D^r Clouston pour donner un caractère officiel à l'enseignement de la médecine mentale, l'autre tendant à appeler l'attention des chambres et du ministre de l'intérieur sur l'in-

convénient que présente le placement des aliénés criminels dans les asiles de comté. Dans la séance du matin, l'association avait procédé à la revision de son règlement, qui a été publié *in extenso* à la fin de ce volume. Elle avait renouvelé son bureau. Le président pour l'année suivante est le D^r Mould, directeur de Cheadle, enfin les D^{rs} Clouston, Hack Tucke et Savage ont été maintenus dans leurs fonctions d'éditeurs du *Mental science*.

Les notes et nouvelles donnent encore un extrait, d'après le *British Medical Journal*, des travaux de l'association médicale anglaise, réunie en séance annuelle dans la ville de Cork. Plusieurs orateurs y ont traité brillamment de la prophylaxie de l'aliénation mentale et ont passé successivement en revue les points suivants :

1^o Nécessité de mettre en évidence, par des tabulations officielles, les causes de la folie.

2^o Possibilité de s'opposer par des moyens légaux à la transmission héréditaire de la névrose.

3^o Influence des mauvaises conditions hygiéniques.

4^o Moyens d'instruire le peuple.

Le même chapitre mentionne un mémoire intéressant lu par le D^r Hack Tuke, à la section d'anthropologie de l'association anglaise, sur les cagots des Pyrénées. Notre éminent confrère, qui a fait une enquête sur les lieux et s'est livré à des recherches consciencieuses pour découvrir le véritable caractère de ces individus, les considère finalement comme une variété de lépreux plus ou moins affectés par la diathèse, que les préjugés des siècles derniers ont condamnés à une proscription qui pèse encore de nos jours sur eux. Cette manière de voir trouve en France des contradicteurs nombreux et autorisés.

De nombreuses observations sont consignées au chapitre des « notes et cas cliniques. » Le docteur Julius Mickle a recueilli un certain nombre de faits de syphilis avec aliénation mentale, où l'on voit la redoutable diathèse incontestablement liée à l'affection vésanique. Les trois premières observations de cette série paraissent dans ce numéro. Le sujet de la première est un canonnier, âgé de 29 ans, célibataire, admis en janvier 1879.

La maladie mentale est déjà ancienne, car il a reçu des soins pendant plusieurs mois, dans les hôpitaux militaires. Les notes médicales apprennent qu'il a eu autrefois une hépatite dans l'Inde, la syphilis primaire en 1872, et des accidents secondaires en 1877 et 1878. Depuis longtemps il a eu de l'amnésie et l'on a

constaté chez lui l'altération du caractère, des céphalées et, entre temps, du délire. En dernier lieu, il est maniaque, avec délire religieux et idées de grandeur; il a des douleurs céphaliques et présente une éruption de psoriasis palmaire à la main droite. A l'asile, sa mémoire paraît assez bonne et il fournit des détails circonstanciés sur son état antérieur. Il a eu la gonorrhée en 1869, un chancre en 1872, des ulcérations de la gorge en juillet 1877 et des douleurs céphaliques vers la même époque. Peu après, il a simultanément la gonorrhée, un chancre et une syphilide s'étendant à tout le tronc. Plus tard, il souffre de céphalées intenses qui le font admettre dans un hôpital au mois de mai de l'année suivante. Il commet alors des actes d'insubordination sous l'influence de l'ivresse et est mis en prison. Là il devient délirant et souffre de douleurs intra-crâniennes. Ces douleurs s'exaspèrent la nuit, s'augmentent par la chaleur, se calment par le froid et font naître des alternatives de stupeur et d'exaltation. Elles ont disparu après sa sortie de prison. Ce malade déclare enfin avoir eu une affection du foie dans l'Inde et s'être livré à des excès alcooliques. Dans l'asile, l'état mental a été caractérisé par un délire ambitieux absurde. Le malade se croit poète, écrit des vers ridicules et prétend être le fils de Dieu. Il est inutile d'insister sur cette observation, dont le principal intérêt réside dans ce fait: que le caractère syphilitique de la vérole est bien mis en évidence par les commémoratifs, les symptômes observés, et l'heureuse issue du traitement qui a consisté dans l'emploi combiné de l'iodure de potassium, du perchlorure de mercure et du carbonate d'ammoniaque.

Le même résultat satisfaisant a pu être obtenu avec les deux autres malades. Le premier, ancien infirmier militaire, âgé de 37 ans, a servi sur la Méditerranée et dans les Indes. Sa mère est morte dans un asile. De 1863 à 1866, il a été traité six fois pour la syphilis constitutionnelle. En 1873, il a été admis quatre fois à l'hôpital pour une périostite du tibia. En juin 1875, il a eu une insolation suivie d'hépatite. Plus tard, se trouvant en traitement à l'hôpital d'Aldersholt pour une dyspepsie (?), il a un accès d'aliénation mentale marqué par le besoin de mouvement, une propension au voi et des manières bruyantes. A Nettley, où il va ensuite, il est noté comme plongé dans la dépression, incapable de comprendre et cherchant l'isolement.

A ces symptômes s'ajoutent l'affaiblissement de la mémoire, hésitation de la parole, et une altération notable du pouvoir,

musculaire. A l'admission du malade, on constate l'existence d'une cicatrice de bubon à gauche, une déformation du tibia gauche et des taches brunes sur la jambe droite.

Les pupilles sont inégales; le facies est sans expression; la langue tremble et l'écriture est un peu jetée. Le langage, lent et sourd, n'est point cependant affecté de trémulation; la démarche est mal assurée. La sensibilité est intacte, et le malade est propre. Il déclare avoir été affecté, depuis son insolation, d'une douleur de tête qui traverse la région frontale. L'absence de mémoire empêche d'obtenir de lui des indications plus précises. La tension artérielle est affaiblie et il se montre frileux. Le sens moral est abaissé et l'on constate enfin un état de démence avancé sans hallucinations, ni illusions, ni conceptions délirantes.

Tous ces symptômes graves ont graduellement disparu sous l'influence du traitement, et le malade est sorti guéri après onze mois de séjour à l'asile.

La dernière observation rapportée par M. Mickle est celle d'un militaire âgé de 37 ans. Il a dix-neuf ans de service et l'on ignore ses antécédents de famille.

Il a eu autrefois la syphilis constitutionnelle et des accès convulsifs. Admis à l'hôpital pour une périostite du tibia, du sternum et du pariétal droit, il y est atteint d'aliénation mentale caractérisée par une dépression intense, des idées de persécutions, et des hallucinations de l'ouïe et de la vue. Transféré à l'asile, il déclare avoir eu la gonorrhée en 1856, un chancre et des accidents secondaires en 1874, et, consécutivement, des convulsions épileptiformes. Les deux os pariétaux sont sensibles à la pression et le malade se plaint, pendant le jour, d'une douleur frontale; cette douleur se fait sentir quelquefois la nuit. Il y a, en outre, des douleurs ostéocopes nocturnes au tibia gauche et aux deux pariétaux.

Les tibias sont déformés et la région hépatique est sensible. Un mois environ après le début du traitement, le malade a eu des accès fébriles auxquels a été opposé l'iodure de potassium à haute dose (0,80 centigrammes toutes les trois heures). Cette médication héroïque a complètement enrayé les accidents, sans que l'emploi de la quinine ait été nécessaire. La guérison parfaite a été obtenue après seize mois.

A la réunion trimestrielle de l'association médico-psychologique, le Dr Sutherland a rapporté un cas de chorée hystérique chez une femme de 53 ans. Cette malade, qui n'a aucun vice

bérétaire connu, a deux enfants, l'un phthisique, l'autre atteint de troubles cardiaques. Elle s'est toujours bien portée, à part quelques accès cardialgiques. Il y a vingt-cinq ans, elle a eu une première attaque de chorée, occasionnée par des angoisses morales. Les accidents actuels remontent à six mois et ont débuté par un tétanos traumatique, consécutif à une piqûre au talon; puis ont apparu des mouvements choréiques produisant sans interruption l'oscillation latérale de la tête. Ces mouvements s'étendent parfois aux extrémités; leur maximum d'intensité réside au côté gauche de la face et à la jambe gauche. Cette malade, très affaiblie, s'est notablement améliorée par le bromure de potassium, le fer et la strychnine. Le pronostic est favorable. Au moment de son entrée, cette femme a eu des accidents épileptiformes. Cette circonstance, rapprochée du tétanos plus ou moins authentique qui est mentionné dans les commémoratifs, a porté notre confrère à reconnaître à cette affection un caractère purement hystérique.

Le Dr Kesteven a eu l'occasion d'étudier chez deux sujets, à huit ans d'intervalle, en 1874 et en 1879, les lésions cérébrales et spinales de la pseudo-hypertrophie musculaire. Cet ensemble anatomo-pathologique se caractérise par les signes suivants: dilatation extrême des vaisseaux du cerveau et de la moelle, aspect tortueux des petites artères, espaces périvasculaires très développés, et, qui plus est, ayant l'aspect de véritables tunnels tubulaires creusés dans le tissu cérébral. Dans la masse cérébrale et médullaire se voient, même à l'œil nu, des points blancs d'altération morbide, signalés antérieurement par le Dr Kesteven et désignés « atrophie musculaire ». Ces points, à un puissant-grossissement, présentent l'apparence du squelette d'une feuille; les fibres déliées de la névroglie sont vues çà et là avec un noyau coloré, mais le contenu des tubes nerveux, la myéline et les cylindres-axes manquent. Ces points ont en diamètre depuis $1/50$ à $1/500$ de pouce.

D'autres coupes mettent en évidence la dégénérescence miliaire. Les espaces qui sont le siège de l'altération résistent au carmin, ce qui rend plus apparentes autour d'eux les fibres nerveuses divisées. Notons enfin quelques corps colloïdes, l'existence de plaques de sclérose en quelques points de la moelle, et l'aspect granuleux et faiblement pigmentaire des cellules nerveuses.

L'examen d'un malade doit toujours être complet, et plus

d'un diagnostic erroné reconnaît pour cause une étude trop superficielle du sujet. Ce précepte clinique est d'une grande importance avec les aliénés, et le fait suivant rapporté par le Dr Kebbél en est une nouvelle démonstration. Une maniaque chronique contracte une pleuro-pneumonie. Au bout de trois semaines, alors que l'affection thoracique paraît amendée, l'état général s'aggrave. On constate que l'urine, qui exhale une odeur infecte, contient de l'albumine, du sang, en quantité variable, des phosphates en abondance, du muco-pus et des débris d'épithélium. Cette femme est malpropre depuis l'invasion de la maladie. Elle laisse échapper son urine à chaque instant. Antérieurement la miction était régulière, peu abondante et s'accompagnait d'un sentiment de cuisson. Il s'est produit un affaiblissement graduel, et la mort a eu lieu deux mois après, sans qu'aucun examen ait été pratiqué. A l'autopsie, l'exploration des organes génitaux a montré l'existence d'un corps étranger ayant perforé la paroi supérieure du vagin et la vessie. Ce corps a l'apparence d'un calcul phosphatique. C'est une bobine en bois recouverte d'un dépôt sédimentaire. Introduite dans le vagin par la malade, cette bobine avait ulcéré les tissus du vagin et de la vessie, et finalement pénétré dans cet organe. Les désordres provoqués par elle n'avaient pas déterminé de réaction, et aucun phénomène anormal, antérieurement à six semaines, n'avait conduit à supposer son existence. On doit noter encore, pour compléter cette observation, que la malade présentait un délire érotique.

Le fait suivant, dont on doit la relation à M. Urquhart, médecin adjoint de l'asile de Warwick, est encore un exemple de la difficulté du diagnostic dans certains cas. Le malade est un dément boulimique qui a l'habitude, à l'heure des repas, de grappiller à la dérobée dans les assiettes de ses voisins. Un jour, il s'empare, à l'insu des surveillants, d'une arête de poisson, et l'avale gloutonnement. Le lendemain, on remarque que tout en se montrant aussi vorace, il fait mine de vouloir rejeter les aliments, comme si sa bouche était trop pleine.

On met ce geste insolite sur le compte de son état mental. Quatre jours après il mange comme à l'ordinaire, mais le jour suivant il souilla son lit. Les matières fécales sont noires, couleur de goudron. Conduit au bain, il s'évanouit. Il ne tarde pas à se ranimer et accuse seulement un peu de malaise et de somnolence. Il vomit alors un peu de sang, et son aspect en impose au médecin qui vient le visiter pour un épi-

leptique qui se remet d'une attaque. Plus tard, les symptômes, s'accroissent. Un peu de sang vermeil s'échappe du pharynx sans vomissement; le pouls est faible et fréquent (136 pulsations). Il y a un peu de sensibilité à l'épigastre. Malgré l'incohérence du malade, on distingue une hémorrhagie interne, et l'on prescrit de l'alcool et de l'ergot de seigle. Malgré cette médication, le malade ne tarde pas à succomber. L'autopsie fait découvrir dans l'œsophage, à la hauteur de la cinquième vertèbre dorsale, une arête en forme de faucille, placée transversalement et entourée d'un caillot sanguin. Ses extrémités acérées sont implantées dans l'œsophage et les tissus qui l'avoisinent. Son bord concave, dirigé en haut, offre peu d'obstacle aux aliments liquides. Les tissus sont lacérés en plusieurs endroits, surtout à gauche, où quelques déchirures s'étendent jusqu'au voisinage de l'aorte. L'épanchement sanguin occupe tout l'œsophage et l'estomac qui est distendu; on trouve aussi une certaine quantité de sang dans l'intestin grêle, avec cette particularité curieuse que le duodénum et l'iléon sont parfaitement vides. La quantité de liquide est évaluée à 23 onces pour l'estomac et 42 onces pour l'intestin grêle.

Brain.

ANNÉE. — 1881 (N° XII. JANVIER).

De la paralysie temporaire après les attaques épileptiformes ou épileptiques : contribution à l'étude de la dissolution (1) du système nerveux; par J. Hughlings Jackson.

Ce travail est certainement l'un des plus importants qu'ait publiés, dans ces derniers temps, l'éminent neurologue anglais; aussi pensons-nous qu'on nous saura gré de l'analyser avec quelque détail.

L'auteur rappelle que le journal « The Lancet » a publié, le 13 décembre 1873 et le 26 octobre 1878, deux observations de paralysie locale temporaire succédant à des convulsions épileptiformes, c'est-à-dire à ces convulsions dans lesquelles le spasme débute soit par l'extrémité d'un membre, soit par l'un des côtés de la face. L'hypothèse qui fut alors émise est essen-

(1) Le mot « dissolution » est pris ici (comme d'ailleurs dans tous les travaux de pathologie nerveuse qu'a publiés M. Hughlings Jackson) dans le sens que lui attribue Herbert Spencer : la dissolution est le processus inverse du processus de l'évolution.

tiellement cello de Todd et d'Alexander Robertson; elle consiste à admettre que la paralysie temporaire post-épileptiforme est due à un épuisement central, également temporaire, et succédant à la décharge violente qui se produit pendant le paroxysme. La convulsion est alors l'événement positif extérieur qui correspond à un événement positif intérieur, lequel n'est autre qu'une décharge nerveuse excessive, ou en d'autres termes, une grande mise en liberté d'énergie. La paralysie locale qui survit à la convulsion, et qui porte sur les parties qui ont été le plus tôt et le plus énergiquement convulsées, serait alors un état négatif extérieur, correspondant à un état négatif intérieur, lequel consisterait dans l'épuisement de certaines fibres nerveuses, consécutivement à leur activité exagérée. M. H. Jackson n'admet pas l'hypothèse qui attribue la paralysie temporaire post-épileptiforme à la congestion cérébrale par asphyxie que détermine l'arrêt de la respiration durant le paroxysme; et, pour la rejeter, il s'appuie principalement sur les deux arguments suivants : 1° la paralysie locale absolue, quoique temporaire, peut être observée dans des cas où le paroxysme précédent n'a été accompagné d'aucun phénomène d'asphyxie; — 2° cette paralysie ne se rencontre jamais à la suite des attaques d'épilepsie vraie, alors que l'asphyxie a été à la fois soudaine et extrêmement marquée.

Quelques auteurs affirment que la paralysie locale post-épileptiforme n'occupe *pas toujours* les points qui ont été le plus tôt et le plus énergiquement convulsés. Aucun des cas étudiés par M. H. Jackson ne vient à l'appui de cette assertion. Il y a donc lieu, en présence de cette contradiction, de poursuivre les recherches sur ce point.

L'auteur insiste ensuite sur ce fait qu'il n'entend point parler dans ce travail des paralysies qui relèvent d'une hémorragie cérébrale ou méningée. Il vise les cas dans lesquels une petite tumeur, ou tout autre corps étranger, siégeant dans la région moyenne corticale du cerveau, détermine un état d'instabilité des cellules voisines, et, consécutivement, une lésion de décharge: souvent alors, après la cessation du spasme, on voit apparaître une paralysie, et cette paralysie est temporaire. L'auteur décrit la marche des phénomènes dans un cas de ce genre. Il rappelle que, grâce aux travaux de Hitzig, Ferrier et Charcot, on sait aujourd'hui que les tumeurs de la région moyenne du cerveau, quand elles sont volumineuses et quand elles ont provoqué un ramollissement étendu, peuvent déter-

miner des paralysies; mais ces paralysies, qui sont dues alors à une destruction permanente, sont elles-mêmes permanentes; ce n'est pas d'elles qu'il s'agit ici, non plus d'ailleurs que des paralysies passagères non précédées de convulsions.

L'auteur prend pour type un cas simple, tel que le suivant : Un malade sujet à des attaques épileptiformes, sans aucune paralysie apparente, est pris d'une attaque dans laquelle le spasme affecte principalement le bras droit; après l'attaque, ce bras est *absolument* paralysé; au bout de cinq heures la paralysie a disparu. — Dans un cas de ce genre, il faut chercher à se rendre compte non seulement 1° de la paralysie locale succédant à une convulsion localisée; mais encore de ce double fait : 2° que la paralysie est absolue; 3° qu'elle est tout à fait transitoire.

Il ne s'agit ici que d'accès épileptiformes; si l'hypothèse déjà indiquée de Todd et Robertson est conforme à la réalité, on doit observer des paralysies après les attaques d'épilepsie vraie, qui sont beaucoup plus violentes que les convulsions épileptiformes. Or, on admet généralement qu'aucune paralysie ne succède à l'attaque d'épilepsie vraie, et ce fait paraît décisif contre l'hypothèse de Todd et de Robertson. Mais M. H. Jackson ne croit pas à cette absence de paralysie : il admet bien qu'il n'y a pas de paralysie locale, mais la forme locale n'est pas la seule que l'on puisse observer : il existe des paralysies qui sont pour ainsi dire étalées sur toute la surface du corps; les malades alors ne sont pas hémiplegiques, ils sont « biplégiques » s'il est permis de créer ce mot. — Mais, dira-t-on, comment ces paralysies, si elles existent, passent-elles inaperçues ? L'auteur trouve une première réponse à cette question dans le caractère peu accusé et transitoire de ces paralysies; il ajoute que la façon uniforme dont elles sont répandues sur le corps entier constitue aussi un obstacle à leur constatation, une paralysie qui occupe les deux côtés du corps étant nécessairement, si elle est légère, plus difficile à reconnaître qu'une hémiplegie. Enfin, il y a une dernière explication, c'est que le malade ne cherche pas à remuer les membres; il est dans le coma, et l'on dit alors généralement qu'il ne remue pas *parce qu'il a perdu connaissance*. M. H. Jackson fait remarquer en passant que cette façon d'expliquer l'absence de mouvements n'explique en réalité rien du tout; il la critique très vivement et très légitimement comme « faisant partie de la famille des confusions psychologico-matérielles. » Quant à lui, il pense que l'absence

de mouvements dans le coma post-épileptique est dû à un *état physique* négatif des centres nerveux; les groupes nerveux supérieurs, et sans doute aussi quelques-uns des groupes inférieurs, étant épuisés par la décharge excessive qui a accompagné le paroxysme.

Bien que très étendue, la paralysie post-épileptique n'est pas nécessairement totale; peut-être même ne l'est-elle jamais; d'autre part son intensité est très variable. Il n'y a aucune raison, en effet, pour que certains mouvements ne soient pas conservés alors que d'autres sont perdus; toute l'histoire clinique des paralysies incomplètes est là pour montrer que la conservation de certains mouvements n'est pas incompatible avec un certain degré de paralysie.

L'auteur ne recule pas devant les conséquences logiques de la doctrine d'après laquelle les centres supérieurs seraient sensitivo-moteurs aussi bien que les centres inférieurs. « Je crois, dit-il, que dans tous les cas de folie, si légers qu'ils soient, il existe, tant que dure la folie, une défectuosité de la conscience. Je crois aussi que, comme corrélation nécessaire de cet état psychique négatif, il existe nécessairement un état physique négatif des groupes nerveux supérieurs. En d'autres termes, la conscience, à l'état sain, accompagne l'activité des groupes nerveux supérieurs, mais elle n'est pas cette activité; et lorsque la fonction de ces groupes ou de quelques-uns d'entre eux est détruite par un processus pathologique, on constate une perte ou une diminution correspondante de la conscience. Ces centres supérieurs ne sont pas la conscience; ils n'en sont que les substrata anatomiques. Et puisque ces substrata anatomiques de la conscience sont, comme les autres centres, composés de groupes sensitivo-moteurs, il doit y avoir, dans tous les cas de folie, une paralysie très étendue, quoique peut-être légère. Je pense qu'en effet cette paralysie existe. » Prenant alors pour exemple le cas d'une manie aiguë transitoire, consécutive à un paroxysme épileptique, M. H. Jackson émet l'avis que, pendant la durée de cette manie, il existe une paralysie étendue, résultant de l'épuisement de certains groupes nerveux supérieurs. Mais l'épuisement ne saurait expliquer non plus que déterminer les actes maniaques; c'est ici qu'il faut faire intervenir le processus de dissolution: dès que l'influence de quelques-uns des groupes nerveux supérieurs est détruite ou suspendue, les groupes immédiatement inférieurs, cessant d'être contrôlés, entrent en activité, et c'est de leur activité que résultent les mouvements

maniques. Ainsi donc, « dans l'ordre physique, il y a perte de la fonction de quelques-uns des groupes nerveux supérieurs et accroissement d'activité des groupes immédiatement inférieurs. Parallèlement, dans l'ordre psychique, il y a perte de conscience et manie. »

En somme, les points principaux que l'auteur s'est jusqu'ici proposé d'établir sont les suivants: 1^o l'explication *psychologique* n'est pas une explication de l'immobilité du malade pendant le coma post-épileptique; 2^o les attaques d'épilepsie sont suivies de paralysie; 3^o cette paralysie est généralisée à tout le corps; 4^o elle est due à l'épuisement de quelques groupes nerveux des centres les plus élevés, et peut-être aussi de quelques centres moins élevés.

Le double fait 1^o que la perte de la fonction des groupes nerveux appartenant aux centres supérieurs détermine la paralysie (en prenant ce mot dans le sens de faiblesse générale); et 2^o que cette même perte de fonction ne détermine pas de paralysie locale, ce double fait, disons-nous, s'accorde parfaitement avec la doctrine de l'évolution du système nerveux. L'auteur soutient depuis longtemps, et il le pensait déjà avant les expériences de Hitzig et de Ferrier, que les centres les plus élevés sont, comme tous les autres, sensitivo-moteurs.

Revenant aux cas de paralysie locale consécutive à des attaques épileptiformes localisées, M. H. Jackson fait remarquer que l'on ne saurait légitimement arguer, contre l'hypothèse proposée, de la disproportion qui existe entre l'intensité de l'attaque et la paralysie consécutive: car on a coutume de désigner exclusivement sous le nom de paralysies les paralysies locales; une faiblesse légère, générale et transitoire, survenant après une attaque, est en réalité une paralysie, bien qu'on ne lui donne pas habituellement ce nom. Dans l'hypothèse proposée, il doit exister un rapport proportionnel entre la décharge et l'épuisement, entre la convulsion et la paralysie; or, ce rapport existe, bien qu'au premier coup d'œil il puisse être méconnu. L'auteur admet qu'après une attaque épileptiforme violente, il y a moins de paralysie qu'après une attaque épileptiforme légère, si l'on entend par paralysie une paralysie locale; mais il le nie au contraire formellement si, par paralysie, on entend comme on devrait le faire, une faiblesse généralisée.

En terminant, M. H. Jackson aborde l'étude des quantités d'énergie libérée, et du temps dans lequel s'accomplit cette libération: de ces deux facteurs, quantité et vitesse, dépendent évidemment

la marche des convulsions et celle des phénomènes paralytiques consécutifs aux états convulsifs : aussi l'étude de ces deux facteurs et des effets différents qui résultent de leurs combinaisons diverses, conduit-elle l'auteur à des considérations du plus haut intérêt, et dans le détail desquelles nous regrettons de ne pouvoir le suivre. Nous reproduisons seulement la conclusion suivante, déduite de l'observation des faits : « Toutes choses égales, plus le spasme débute tranquillement, plus il se propage lentement, plus il est localisé, plus sa durée est longue ; après un spasme de ce genre, la paralysie est plus localisée, elle atteint un degré plus élevé, et elle est plus persistante. »

La réciproque de cette proposition est vraie.

La piscidia erythrina ; par Isaac Ott.

La *piscidia erythrina* est un médicament que l'on a tenté récemment de substituer à l'opium dans les affections douloureuses, telles que les névralgies. On l'emploie sous la forme d'un extrait de couleur rougeâtre, ayant une saveur chaude et une odeur qui rappelle celle du laudanum. Il paraît plus propre à calmer la douleur qu'à provoquer le sommeil. Dans plusieurs cas, il a paru agir efficacement contre la toux. Ses principales propriétés physiologiques peuvent se résumer ainsi : il est sans action sur les nerfs moteurs aussi bien que sur les extrémités périphériques des nerfs sensitifs ; il diminue le pouvoir réflexe ; il exerce une action stimulante sur la moelle ; il dilate la pupille ; il excite les sécrétions salivaire et sudorale ; il diminue la fréquence du pouls ; il augmente la tension artérielle, mais seulement d'une façon passagère ; la pression sanguine après s'être élevée ne tarde pas à s'abaisser, grâce à l'action que le médicament exerce sur le cœur et le centre vaso-moteur.

De l'amblyopie et de l'hémipopie cérébrales ;
par David Ferrier.

Les physiologistes ne sont pas absolument d'accord sur la détermination des rapports qui existent entre les yeux et les hémisphères cérébraux ; d'autre part, les faits cliniques sont loin de s'accorder toujours soit avec les résultats de l'expérimentation physiologique, soit même entre eux. M. Ferrier se propose dans ce travail d'expliquer ou de faire disparaître quelques-unes de ces divergences. Il rappelle d'abord les résultats

des recherches expérimentales instituées par lui-même, par Munk, par Luciani et Tamburini, par Goltz, relativement à la localisation du centre de la vue. Il constate ensuite que les faits cliniques, s'ils ne sont pas opposés à l'hypothèse d'un centre visuel cortical, ne viennent pas non plus directement à l'appui de cette hypothèse; car ils ne fournissent en sa faveur que des preuves par induction: tels sont les cas de Hugbings Jackson et Gowers (*Lancet*, mars 1879), de Broadbent (*Medico-chir. Transact.*, 1872), d'Ahercrombie (*Dis. Brain and Sp. Cord.* p. 421), et de Fürstner (*Archiv. f. Psychiatrie*, 1877 et 1879). Mais si les rapports probables entre les troubles de la vue et les lésions purement corticales ne sont pas indiscutablement démontrés, il en est tout autrement en ce qui touche les effets des lésions de la capsule interne et des fibres médullaires situées au voisinage de la couche optique, des corps genouillés et de la région occipitale. Dans la forme classique de l'hémianesthésie cérébrale d'origine organique, dont Turck a le premier décrit les lésions anatomiques, la vue est sérieusement atteinte, lorsqu'elle n'est pas totalement abolie, d'une façon temporaire, du côté opposé à la lésion; le champ visuel est notablement diminué et on constate de l'achromatopsie. Ordinairement aussi, comme l'a signalé le premier Landolt, il y a un rétrécissement du champ visuel du côté de la lésion; mais la diminution de l'acuité visuelle et la dyschromatopsie sont croisées. L'auteur rapporte à ce sujet deux observations très intéressantes.

La disposition des fibres optiques dans le chiasma ainsi que leurs connexions centrales ont été l'objet de nombreuses recherches dont les résultats ne s'accordent pas toujours entre eux. M. Ferrier pense que l'observation clinique met hors de doute la réalité de la semi-décussation de ces fibres; mais si l'on aborde l'histoire de leurs connexions corticales, le désaccord reparait. On connaît la théorie professée par M. Charcot, relativement à l'amblyopie croisée dans l'hémianesthésie cérébrale, et le schéma par lequel il a rendu sensible aux yeux l'interprétation de ce symptôme. Les expériences de M. Ferrier l'ont conduit à considérer ce schéma comme le seul correct. Mais les recherches qu'il a instituées de concert avec M. Gerald Yeo, rendent nécessaires quelques modifications à la théorie des rapports des yeux avec les centres corticaux. Les principaux résultats de ces recherches sont les suivants:

La seule lésion qui, chez les singes, détermine une perte de

la vue complète et permanente, est la destruction totale et bilatérale des plis courbes et des lobes occipitaux. Les effets de toutes les autres lésions sont plus ou moins transitoires. — L'animal voit des deux yeux pourvu qu'il subsiste un pli courbe, et ce qui est plus remarquable encore, c'est que la vision est également conservée lorsqu'il ne subsiste qu'un lobe occipital. — Ces faits, en admettant qu'il soit légitime de conclure du singe à l'homme, expliqueraient comment des lésions qui ne détruisent pas toute l'étendue des centres visuels ne sont pas accompagnées d'une abolition permanente de la vision. — Les effets de la destruction unilatérale du pli courbe disparaissent promptement chez le singe. — La destruction bilatérale des lobes occipitaux (pourvu que l'on ne porte aucune atteinte aux régions voisines) demeure sans effet appréciable sur la vision. — Si l'on passe aux effets temporaires des lésions des centres visuels, on constate les faits suivants : La destruction complète du pli courbe détermine dans l'œil du côté opposé une abolition complète, mais temporaire (elle ne dépasse pas quelques heures), de la vision. Il se peut qu'il existe en ce cas de l'amblyopie ; mais on ne peut la constater chez le singe. Si la lésion du pli courbe est incomplète, le trouble de la vision dans l'œil opposé est moins accusé et moins prolongé. — Le rétablissement de la vision ne saurait être attribué à l'activité du pli courbe de l'autre côté ; car si celui-ci est enlevé à son tour au bout de quelques semaines, l'effet obtenu n'est encore que transitoire. — Il en est autrement si l'on détruit simultanément les deux plis courbes, ce qui donne lieu à une cécité totale temporaire, suivie de troubles visuels d'une certaine durée. — Des lésions étendues, ou même l'ablation de la plus grande partie de l'un, ou même des deux lobes occipitaux, ne déterminent aucun trouble visuel appréciable. Mais si l'on détruit à la fois du même côté le pli courbe et le lobe occipital, la vision des deux yeux est troublée, et on constate de l'hémiopie, sans toutefois pouvoir déterminer si cette hémiopie est ou non symétrique ; ce qui est certain c'est qu'elle est temporaire.

Ce qui paraît résulter de ces faits, c'est qu'il existe une double relation entre les yeux et les centres visuels corticaux, à savoir : une relation croisée, et une relation bilatérale. Ces résultats expérimentaux peuvent suggérer des conséquences importantes dans plusieurs ordres d'idées ; l'auteur insiste principalement ici sur leurs conséquences cliniques, et il est

bientôt conduit à aborder l'étude de l'hémiopie par lésion cérébrale. Jusqu'ici les observations publiées ne sont pas suffisamment nettes pour établir, d'une façon indiscutable, une relation de cause à effet entre l'hémiopie et la lésion cérébrale, ni surtout pour permettre de localiser cette lésion. Dans plusieurs cas, et notamment dans ceux qu'ont publiés Hughlings Jackson, Remy et Prévost, on a vu que des lésions de la partie postérieure de la couche optique et des corps genouillés pouvaient causer l'hémiopie. Il faut donc s'assurer de l'absence de toute lésion de ce genre, avant de conclure à un rapport de causalité entre certaines lésions corticales ou sous-corticales et l'hémiopie.

Mais si l'on rapproche les faits cliniques des faits expérimentaux rapportés plus haut, on voit qu'ils prennent une valeur bien plus considérable que celle qu'ils possédaient isolément. M. Ferrier rapporte brièvement trois observations d'hémiopie cérébrale, choisies parmi les plus simples, et dues l'une à Wernicke, l'autre à Baumgarten et la troisième à Curschmann, et il ajoute : « Si nous acceptons ces cas comme étant purement sous-corticaux, et si nous excluons toute idée de lésion directe ou indirecte des corps genouillés et des tractus optiques, nous pouvons, conformément aux données qui précèdent, les considérer comme des cas de destruction des irradiations du tractus optique, et non seulement de celles qui vont aux circonvolutions occipitales, mais encore de celles qui vont au pli courbe. »

Quant à l'étendue exacte de la lésion, bien qu'elle paraisse pouvoir être limitée au lobe occipital, elle est, dans l'espèce, difficile à déterminer avec précision. L'auteur étudie ensuite quelques cas où l'hémiopie cérébrale était consécutive à des lésions traumatiques, ayant porté le plus ordinairement sur la région occipitale.

Les faits expérimentaux montrent clairement qu'une lésion cérébrale, ayant pour siège la région occipito-angulaire (1), peut, sans intéresser en rien, directement ou indirectement, le tractus optique ou les corps genouillés, déterminer la production de l'hémiopie. Il y a donc lieu maintenant de rechercher

(1) Pour comprendre ce que l'auteur entend par région occipito-angulaire, il est nécessaire de se souvenir que les anatomistes anglais désignent le pli courbe sous le nom de *gyrus angularis*.

si, pendant la vie, il est possible de distinguer l'hémiopie par lésion occipito-angulaire de l'hémiopie par lésion des tractus optiques. Nous laissons M. Ferrier lui-même répondre à cette importante question ; il le fait en ces termes : « L'examen périmétrique des yeux dans un cas d'hémiopie manifestement due à une lésion directe du tractus optique, a montré que le champ visuel était divisé en deux par une ligne presque verticale, passant par le point de fixation. D'un côté de cette ligne, soit à droite, soit à gauche suivant le cas, à la fois centralement et périphériquement, la vision est entièrement abolie.... D'autre part, il y a beaucoup de cas d'hémiopie latérale homonyme dans lesquels, bien que la défectuosité latérale ait eu une durée indéfinie, la vision centrale est conservée dans les deux yeux, pour une certaine distance, de tous les côtés du point de fixation. C'est là un fait... qui paraît devoir éclairer le diagnostic différentiel entre l'hémiopie cérébrale et l'hémiopie périphérique. Dans les cas où la vision centrale est conservée dans une certaine mesure de tous les côtés du point de fixation, je considérerais volontiers l'hémiopie comme étant de cause cérébrale. Les faits rapportés plus haut montrent que le pli courbe de chaque hémisphère a une relation bilatérale avec le centre de la rétine, en sorte que, malgré la destruction complète du centre visuel dans un hémisphère, la vision centrale est possible avec les deux yeux. Les faits expérimentaux, aussi bien que les faits d'hémi-anesthésie cérébrale, indiquent que le champ de la vision centrale est plus étendu dans l'œil du côté opposé au côté sain ; mais la vision centrale, plus ou moins complète, est encore possible alors même que le centre du côté opposé a été détruit. » Il est donc très important pour le diagnostic de pratiquer rigoureusement l'examen périmétrique, et de comparer l'étendue relative du champ de la vision centrale dans les deux yeux.

L'atrophie du nerf optique ne peut guère servir à éclairer le diagnostic différentiel entre l'hémiopie cérébrale et l'hémiopie périphérique ; on peut dire cependant qu'une atrophie rapide et marquée des disques optiques indiquerait une hémiopie périphérique plutôt qu'une hémiopie cérébrale ; il paraît vraisemblable, en effet, qu'une lésion directe des tractus optiques puisse se propager sans difficulté à l'expansion rétinienne du nerf optique.

Si l'on devait conclure du singe à l'homme, on devrait admettre que l'hémiopie par lésion cérébrale disparaît au bout

d'un certain temps; mais les faits d'amblyopie cérébrale liée à des lésions du segment postérieur de la capsule interne, tendent à prouver que les troubles visuels sont beaucoup plus persistants chez l'homme que chez le singe.

Enfin, en terminant ce très remarquable travail, M. Ferrier signale un point qui mérite d'éveiller l'attention et de provoquer les recherches; il se demande, si dans les hémipies anciennes, et en apparence incurables, d'origine cérébrale, on ne pourrait pas obtenir une amélioration graduelle en stimulant l'action compensatrice des centres visuels demeurés sains.

Sur quelques états musculaires visibles considérés comme expression de certains états du cerveau et des centres nerveux; par Franco Warner.

Ce travail n'est pas encore terminé; nous en rendrons compte lorsque sa publication sera achevée.

Le Tétanos; par J.-J. L. Ration.

M. Ration poursuit dans ce travail les recherches qu'il a commencées en 1879 (*Brain*, n° VIII, janvier 1879) sur le tétanos, recherches qui l'avaient conduit à conclure qu'une irritation périphérique constitue l'un des facteurs indispensables de la production du tétanos. Il se demande aujourd'hui quelle est la nature de cette irritation, si elle est mécanique ou tactile pathologique ou douloureuse; il conclut que, pour élucider l'étiologie du tétanos, il faut, actuellement du moins, se borner à l'étude de l'irritation tactile, la douleur ne jouant probablement dans cette étiologie qu'un rôle tout à fait secondaire.

Des méthodes de préparation, de démonstration et d'examen du tissu cérébral à l'état sain et à l'état pathologique; par Bevan Lewis.

Continuation d'un long et très intéressant travail qui n'est pas encore terminé.

D^r R. DE MUSGRAVE CLAY.

JOURNAUX AMÉRICAINS

American Journal of insanity, 1880.

NUMÉRO DE JANVIER.

1^o Responsabilité des superintendants d'asiles.

Cette grave question a été mise à l'ordre du jour par les débats d'une affaire en dommages-intérêts introduite par mistress Nancy Newcomer contre le D^r E. H. Van Deusen, ex-superintendant de l'asile de Kalamazoo dans l'État de Michigan.

L'histoire de mistress Newcomer n'offre rien de particulièrement intéressant. Après une existence agitée et nomade, cette dame, qui avait déjà eu un premier accès de folie dans sa jeunesse, fut prise, probablement sous l'influence de causes diverses (âge climatérique, chagrins, accident de chemin de fer), d'un délire mélancolique qui obligea ses parents à demander son admission à l'asile de Kalamazoo. Elle y fut conduite par un des superintendants des pauvres du comté de Calhoun où elle avait résidé pendant quelque temps. Entrée à l'asile le 4^{er} oct. 1874, elle en sortit sur la demande de ses amis le 5 août 1875, améliorée mais non guérie, et fut remise entre les mains du magistrat qui l'avait amenée. Deux ans après sa sortie, en 1877, elle porta plainte contre le superintendant pour séquestration et détention illégales et lui réclama 40,000 dollars de dommages-intérêts. La cause fut jugée devant la cour de circuit du comté de Kalamazoo et, sur l'avis du juge « que toute atteinte à la liberté d'une personne saine d'esprit ou non est illégale, à moins que cette personne ne soit dangereuse, » le jury rendit un verdict conforme, et le défendeur fut condamné à payer une somme de 4,000 dollars. Appel fut immédiatement porté à la Cour suprême qui cassa ce jugement et renvoya l'affaire devant le tribunal de circuit qui, cette fois, donna pleinement gain de cause au superintendant.

Au point de vue de l'admission dans les asiles, la loi du Michigan distingue trois classes de personnes : 1^o les aliénés, indigents, à la charge des paroisses, qui sont placés sur la demande et par les soins des superintendants des pauvres ; 2^o les aliénés non assistés, mais trop pauvres pour payer leur pension. Pour eux le juge des probates doit faire, avec l'assis-

lance d'un jury, s'il le juge nécessaire, une enquête dans le but de constater la réalité de l'indigence et celle de la folie qui doit être attestée par un certificat signé de deux médecins ; 3° enfin, les aliénés assez riches pour payer les frais de leur pension. Ceux-là sont placés à la requête de leurs parents ou de leurs amis, et aucune disposition légale ne détermine les formalités à remplir pour leur admission. Ce silence de la loi implique-t-il qu'une personne puisse être admise dans un asile sans aucun témoignage établissant la nécessité d'une aussi grave mesure ? Dans le cours des débats dont nous venons de parler, deux des juges de la Cour suprême ont exprimé l'opinion qu'une procédure au moins sommaire et une ordonnance judiciaire seraient des mesures de prudence utiles, avant l'admission des malades qui ne sont pas dangereux et de ceux dont la folie peut paraître douteuse. Tous cependant ont reconnu que, pour ce qui est des aliénés non indigents, les superintendants ont le droit d'agir sous leur responsabilité telle qu'elle résulte de la loi commune. Il s'agit de définir les limites de cette responsabilité.

Le juge Shipman, qui a présidé les débats du second procès devant la cour de circuit, a, dans la longue instruction qu'il a adressée au jury, traité cette question avec beaucoup de détails. D'après lui, de ce seul fait qu'aucune enquête judiciaire, aucun examen médical ne sont prescrits avant l'entrée à l'asile, on doit conclure que la loi, non seulement donne le droit au superintendant, mais qu'elle lui impose le devoir d'examiner le malade, d'apprécier sa situation et de décider s'il doit être admis ou non. C'est lui seul également qui doit être juge du moment où il conviendra de lui rendre la liberté, puisqu'il dirige le traitement et qu'une prescription formelle lui enjoint de constater chaque jour les changements qui ont pu survenir. En confiant ces pouvoirs au superintendant, la loi ne saurait avoir voulu que leur exercice fût pour lui un péril continu, et, comme elle ne peut lui conférer une infailibilité surhumaine, tout ce qu'on doit exiger de lui c'est qu'il remplisse sa mission avec soin et conscience. Sa responsabilité ne pourrait être compromise que dans le cas où il y aurait lieu de l'accuser de négligence ou de mauvaise foi. Ses fonctions ne sont pas purement professionnelles ; dans le cas dont il s'agit, elles ont jusqu'à un certain point le caractère judiciaire, et il est juste, en conséquence, qu'il bénéficie de l'immunité accordée par la loi aux magistrats.

Le juge répond à certaines objections. Le pouvoir du superintendant n'est pas, comme on l'a prétendu, sans limite et sans contrôle, puisqu'il a besoin du concours des médecins assistants et de tous les autres fonctionnaires. De plus, il est soumis à la surveillance des administrateurs (trustees) nommés par le gouvernement, qui doivent visiter l'asile à des époques déterminées et se rendre compte, non seulement de l'état matériel de la maison, mais encore de celui des malades. — On s'est plaint que la loi n'exige de lui ni diplôme ni garanties de capacité. Elle prescrit cependant que le superintendant d'un asile doit être un médecin instruit et expérimenté dans le traitement de la folie. Elle se montre par là plus exigeante à son égard qu'à celui des magistrats, même de ceux qui occupent le rang le plus élevé et auxquels elle confie la disposition des biens, de la liberté et même de la vie des citoyens. — L'enquête judiciaire qui a été demandée n'est pas une procédure applicable dans l'espèce. Les magistrats chargés de la faire pourraient bien appeler des témoins et recueillir l'opinion des personnes de l'entourage du malade; mais quant au point capital, à l'examen du malade lui-même, c'est là une question d'ordre purement médical et qui échappe à leur compétence. L'asile n'est pas une prison; la séquestration n'est en réalité qu'un moyen de traitement, et les magistrats ne sont pas plus autorisés à décider de l'opportunité de son usage que de celle de tout autre remède.

La loi a donc pris toutes les précautions possibles pour éviter les erreurs, et s'il vient à s'en produire, ce n'est pas elle qu'on devra accuser, mais bien l'inévitable imperfection de ceux qui sont chargés de l'appliquer. Que faire alors? Agir comme pour les erreurs judiciaires qui, ainsi que chacun le sait, ne sont pas sans exemple, c'est-à-dire ne les imputer à personne, tant que ceux qui les ont commises ont agi de bonne foi.

Telle est cette théorie, qui diffère assez des opinions en faveur chez nous, pour que nous ayons cru devoir l'exposer avec quelques détails. Elle paraît avoir été généralement bien accueillie par les médecins; cependant il faut ajouter que tout le monde ne prend pas aussi facilement son parti des erreurs possibles que semble le faire M. Shipman. L'un des juges de la Cour suprême, M. Cooley, avait dit au contraire que, dans le cas où une personne saine d'esprit aurait été enfermée comme folle, il faudrait que *quelqu'un* fût responsable d'un pareil

acte. Le vague de cette expression montre l'incertitude d'esprit du juge, résultant de l'absence de dispositions légales précises. L'auteur anonyme de l'article que nous analysons met en opposition avec les règlements, ou plutôt le défaut de règlement de la législation du Michigan, celle qui a été récemment établie dans l'Etat de New-York et dont voici en résumé les principaux articles :

1° Le certificat de deux médecins assermentés est nécessaire pour le placement de tout aliéné. Personne ne peut être retenu dans un asile pendant plus de cinq jours sans que ce certificat ait reçu l'approbation d'un magistrat chargé de faire, avec ou sans le concours d'un jury, une enquête sur les preuves de la folie.

2° Aucun médecin n'est autorisé à signer un certificat d'admission s'il ne présente des garanties d'honorabilité et de capacité, s'il n'a sa résidence permanente dans l'Etat et au moins trois ans d'exercice de sa profession, si enfin il n'a personnellement examiné le malade. Le certificat doit avoir été fait moins de dix jours avant le placement.

3° Les médecins signataires du certificat d'admission ne doivent appartenir à aucun titre à la maison dans laquelle est placé le malade.

2° *Lois anglaises sur l'aliénation.*

Etude critique de documents se rapportant à l'enquête faite par la Chambre des communes en 1877. Ils ont tous été publiés dans le journal anglais *The mental science* et nous n'avons par conséquent pas à nous en occuper ici.

3° *Structure des vaisseaux des centres nerveux à l'état de santé et modifications qu'elle subit dans la maladie*; par Théodore Deecke.

Suite d'un travail étendu et important, mais dont la nature ne comporte pas l'analyse.

4° *Observation de sarcome de la dure-mère*; par le Dr Edward Brush, médecin assistant de l'asile d'Utica, New-York.

Il s'agit d'une tumeur qui, née dans le crâne, est venue faire saillie à l'extérieur, au point d'union des sutures sagittale et lambdoïde. L'absence de tout phénomène d'ordre cérébral, la mobilité apparente de la tumeur et la coexistence d'un kyste sébacé sur un autre point du cuir chevelu, la firent prendre pour une production de même nature. Une opération fut tentée, aux suites de laquelle le malade succomba. L'autopsie fit voir

que la tumeur avait pris naissance dans la faux du cerveau et que sa portion intra-crânienne, qui pesait quatre onces, s'était étendue entre les hémisphères dont les circonvolutions étaient déprimées et aplaties sans dégénération de leur tissu. L'auteur pense que l'absence complète de troubles fonctionnels doit être attribuée à la perforation précoce des os du crâne, qui a empêché la compression du cerveau. Si un diagnostic exact avait pu être établi, aurait-on dû encore avoir recours à une opération? La situation et les rapports de la tumeur ne permettaient guère son exécution complète; cependant c'est le seul moyen qui puisse être employé, et l'auteur rappelle que plusieurs chirurgiens ont conseillé, dans des cas analogues, d'élargir l'ouverture crânienne, afin de pouvoir chercher le point d'union du tissu morbide à la dure-mère et de l'en détacher par la dissection.

NUMÉRO D'AVRIL

10. *Jurisprudence médicale*; par M. Isaac Edwards, ancien professeur de droit civil et commercial à l'Université de l'Union Albany, New-York.

Cet article est consacré à des considérations très générales sur différents sujets et particulièrement sur l'hérédité et la folie. L'analyse en présenterait peu d'intérêt; cependant il est difficile de ne pas s'arrêter un instant à certaines idées émises par l'auteur au sujet de la responsabilité en matière criminelle. Il indique la différence d'opinions qui existe sur ce point entre les médecins et les magistrats. Ceux-ci, dit-il, tiennent l'homme pour responsable tant qu'il est capable de distinguer le bien du mal. Les médecins, au contraire, prétendent qu'il peut conserver la notion de la valeur morale de ses actes, tout en ayant perdu le pouvoir de les contrôler. La loi se refuse à reconnaître l'existence de ce que l'on a appelé la folie impulsive, et, quoique l'on puisse dire de sa sévérité dans des cas exceptionnels, il est impossible qu'elle établisse l'impunité des crimes par la raison qu'ils auront été commis sous l'influence d'impulsions aveugles et irrésistibles. Son objet n'est pas d'excuser mais de réprimer les passions.

Il suit de là que, pour l'auteur, il n'existe pas de différence entre un acte passionnel et un acte impulsif. C'est pourtant cette différence que tous les médecins, qui se sont occupés de la folie impulsive, ont eu pour but d'établir, en montrant que les actes qu'ils considèrent comme soustraits au contrôle de la volonté, au lieu d'être des phénomènes isolés et accidentels

comme les explosions d'une passion, se rattachent à un état morbide général caractérisé par d'autres symptômes et dont ils ne sont qu'une manifestation. Quoique cette opinion ne compte plus que de bien rares contradicteurs parmi les médecins aliénistes, il est assurément permis de la combattre, mais on devrait au moins ne pas paraître l'ignorer.

En parlant des causes de la folie, l'auteur signale le profond changement qui s'est fait dans les idées touchant la part respective d'influence qu'il convient d'attribuer aux causes morales et aux causes physiques. La statistique qu'il apporte comme preuve, est on ne peut plus clairement démonstrative. En 1843 sur 276 admissions à l'asile d'Utica, 428 cas étaient indiqués comme produits par des causes morales. Leur nombre a été en diminuant progressivement jusqu'en 1866. A cette époque, nous voyon encore les causes morales figurer 42 fois sur 388 cas. Depuis lors elles ont totalement disparu.

20 *De l'hyoscyamine contre la folie* ; lecture faite à la Société médicale de l'Etat de New-York par le Dr John P. Gray, superintendant de l'asile de l'Etat. Utica.

Les préparations dont l'auteur a fait usage sont l'extrait noir de Merck, à la dose moyenne de un sixième de grain (le grain anglais est de environ 65 milligrammes) et l'hyoscyamine cristallisée, plus rapide et plus sûre dans ses effets, qu'il donne à des doses variables depuis un douzième du grain (environ, 5 milligrammes) jusqu'à 3 et 4 centigrammes dans les vingt-quatre heures. Dans la manie aiguë, dans la mélancolie avec violente agitation, aucun médicament ne lui a paru plus propre à calmer l'excitation nerveuse, à amener le repos et à faciliter l'alimentation du malade. Parmi les observations qu'il rapporte comme preuves, la plus remarquable est celle d'un mélancolique excité, nourri à la sonde, qui était parvenu à déterminer à volonté des contractions musculaires de l'estomac et qui rejetait tous les aliments à mesure qu'on les injectait. L'hyoscyamine donnée par la méthode hypodermique, à la dose de un sixième de grain, arrêta immédiatement les vomissements et produisit un calme qui cessait aussitôt qu'on suspendait l'usage du médicament. Il a aussi employé l'hyoscyamine avec succès contre l'hystérie et la chorée ; mais il a trouvé qu'elle rend peu de service dans les états chroniques, à moins qu'ils ne présentent des paroxysmes d'excitation. Parfois il est avantageux de l'associer à d'autres médicaments, à la morphine lorsque

des symptômes d'épuisement nerveux se joignent à l'agitation, aux bromures dans la manie épileptique et dans celle qui est liée à la pléthore. Ses effets ne se font guère attendre, et lorsque l'apaisement ne s'est pas produit après l'administration de quelques doses, il est inutile d'insister. En général il n'est pas nécessaire de la donner longtemps; il vaut mieux, après l'avoir employée pendant quelques jours, en suspendre l'usage et le reprendre un peu plus tard si l'excitation reparaît. Elle a sur la plupart des autres calmants l'avantage de ne pas troubler les fonctions digestives, surtout lorsqu'on l'administre par la méthode hypodermique. En ménageant les forces du malade par le calme qu'elle produit, elle augmente leur résistance, et l'auteur pense qu'elle peut, dans certains cas, abréger la durée de la maladie.

3° *Du lit de protection et de ses usages*; par le D^r Lauder Lindsay, médecin de l'Institut Royal de Perth. (Extrait de l'*Edimbourg medical journal*, janvier-mars 1880.)

Le lit de protection, employé déjà par Guislain et par Aubanel, qui en a donné une description dans les *Annales médico-psychologiques* de 1843, a subi de nombreuses modifications de la part des divers médecins qui en ont adopté le principe. Il consiste essentiellement en une couchette, garnie de façon variable selon les indications à remplir, aux côtés de laquelle est solidement adapté un couvercle à jour.

D'après les renseignements fournis à l'auteur par les journaux et par ses correspondances particulières, l'usage de cet appareil s'est beaucoup répandu dans ces dernières années, non seulement en Angleterre et aux États-Unis, mais jusqu'en Australie, dans la Nouvelle-Ecosse, etc. Ses partisans trouvent que dans beaucoup de cas il remplace avec avantage, la cellule capitonnée. Dans la cellule les malades sont à peu près forcément abandonnés à eux-mêmes, tandis que ceux qui sont placés dans les lits peuvent jouir de tous les avantages d'une salle bien éclairée, bien chauffée et bien surveillée. On l'emploie surtout pour les déments tout à la fois agités et affaiblis; en les obligeant à rester tranquilles, il favorise le sommeil et empêche ou au moins retarde l'épuisement des forces. Il sert encore pour ceux qui sont exposés aux chutes, c'est-à-dire particulièrement pour les épileptiques et pour les paralytiques agités.

Son usage dans ces différents cas n'a rien que de rationnel,

mais nous n'en dirons pas autant de celui qu'on en a fait pour les maniaques et pour les fous suicides. Il est difficile de comprendre qu'un pareil moyen de contention puisse convenir pour des malades violemment excités, et quant aux fous suicides, ceux qui savent combien ils ont d'adresse, de ruse et de persévérance au service de leurs funestes desseins seront peu disposés à l'accepter comme une suffisante garantie de sécurité.

NUMÉRO DE JUILLET.

Epilepsie simulée. Cas de James Clegg ou James Lee « the Dummy chucker. » Lecture faite à la Société des superintendants par le Dr Carlos F. Mac Donald, superintendant de l'asile pour les aliénés criminels à Auburn. New-York.

Un « Dummy chucker, » dans l'argot des voleurs anglais, est un individu qui fait métier de simuler des accès d'épilepsie dans les endroits publics, afin d'arrêter les passants, et d'attirer leur attention pendant que ses associés visitent leurs poches. Celui dont le Dr Mac Donald est venu raconter l'histoire à la Société des superintendants est, dans ce genre, un artiste des plus remarquables, auquel il a fallu parfois une sorte d'héroïsme pour jouer son dangereux rôle. Voleur pour ainsi dire de naissance, puisque ses premiers exploits datent de l'âge de neuf ans, il fut, tout jeune encore, associé à une compagnie de pick-pockets donc l'un, Mec Carthy, habile « dummy chucker », remarqua ses heureuses dispositions et lui enseigna ses secrets. Lorsque des malheurs trop mérités vinrent frapper son maître, Clegg le remplaça. Il s'acquitta à merveille de son rôle, mais il n'en tomba pas moins assez souvent dans les mains de la police. Placé à différentes reprises dans des prisons, ou dans des hôpitaux, et soumis à l'examen de médecins habitués à déjouer toutes les ruses des criminels, il sortit toujours victorieux de ces épreuves. Chacune d'elles le rendait même plus habile et plus redoutable, attendu qu'il utilisait les loisirs de ses prisons en étudiant, dans le but de perfectionner son jeu, la manière des vrais épileptiques parmi lesquels on l'avait placé. Une tentative de meurtre sur un geôlier de la prison de New Bailey aurait pu lui être fatale, s'il n'avait été déclaré incomplètement responsable à cause de son état d'épilepsie. Transféré à la prison de Chatam, il y trouva un médecin plus clairvoyant ou plus défiant que ceux auxquels il avait eu affaire jusque-là, qui lui fit subir un douloureux examen. Des lancettes introduites sous ses ongles, des corps irritants placés entre ses

paupières mirent sa feinte insensibilité à une rude épreuve qu'il soutint sans fléchir, et enfin il fut envoyé dans un hôpital comme atteint d'épilepsie grave. Nous le retrouvons un peu plus tard à la prison de Parkhurst, dans l'île de Wight, où il eut affaire à un chirurgien militaire non moins soupçonneux et sévère que le médecin de Chatam. Pour vaincre sa défiance, Clegg eut recours à un moyen vraiment désespéré. Un dimanche matin, sortant de sa cellule située au troisième étage, pour aller à la chapelle, il est pris d'un accès dans le corridor, se laisse rouler et tomber d'une hauteur de près de trente pieds. Dans cette chute, il se cassa une dent et se fit, surtout à la tête et à la face, de graves blessures dont les cicatrices lui servirent par la suite à convaincre les plus incrédules.

La vie accidentée de cet audacieux filou l'amena, plus tard, à quitter l'Angleterre et à venir exercer son industrie en Amérique, où il n'eut pas moins de succès qu'en Europe. Arrêté enfin pour vol qualifié, il fut envoyé en observation à l'asile d'Auburn, dirigé à cette époque par le Dr Mac Donald qui eut bientôt l'occasion de voir un de ses accès. La description qu'il en donne est celle de la forme classique du grand mal. Certaines irrégularités attirèrent cependant l'attention de l'observateur. Les pouces n'étaient pas enfermés dans la paume des mains. Celles-ci étaient fermées, mais on pouvait les ouvrir sans grand effort et, une fois ouvertes, elles se refermaient aussitôt. Les ongles des doigts n'étaient pas livides. Il n'y avait pas trace d'ecchymoses sur la face ni sur la poitrine; pas de signes de relâchement des sphincters. Enfin, pendant la période comateuse, le malade ouvrait de temps en temps les yeux. Une surveillance continuelle fut organisée et montra que la physiologie de Clegg, ordinairement hébétée, prenait, lorsqu'il se croyait sûr de n'être pas vu, une expression toute différente d'intelligence et de vivacité. Accusé d'être un imposteur, il essaya d'abord de protester en montrant ses cicatrices. Enfin il entra dans la voie des aveux, et ce sont ses confessions qui ont permis au Dr Mac Donald de reconstituer cette étonnante histoire dont nous n'avons pu reproduire ici que quelques-uns des principaux traits.

NUMÉRO D'OCTOBRE

- 40 *Trente-quatrième réunion annuelle de la Société des superintendants d'asiles*, tenue en mai 1880, à Philadelphie, sous la présidence du Dr Clément A. Walker, superintendant de l'asile de Boston.

En outre des superintendants, au nombre d'environ cin-

quante, la réunion comprend quelques administrateurs d'asiles. Sur la proposition du Dr Gray, les médecins de Philadelphie sont invités à assister aux séances.

Le premier sujet mis en discussion est l'épilepsie simulée, à l'occasion du travail du Dr Mac Donald.

Il ressort de cette discussion que la simulation de l'épilepsie est un fait relativement rare aux Etats-Unis. Beaucoup des médecins à l'expérience desquels on a fait appel n'en ont jamais vu. Quelques-uns cependant apportent des observations intéressantes, entre autres le Dr Gray dont le client a eu des aventures non moins surprenantes que celles de Clegg. Ce personnage qui, sous une foule de noms différents, a, pendant nombre d'années, exercé son industrie de voleur et de faussaire dans plusieurs Etats de l'Union, a été arrêté à diverses reprises, et s'est toujours tiré d'affaire en simulant l'épilepsie ou la folie. On comprend du reste combien l'erreur était difficile à éviter, quand on lit l'extrait suivant d'une note écrite par le Dr Tyler, l'un des experts chargés de l'examiner : « X... est faible, amaigri; son aspect est hagard... Le pouls est fréquent la langue sèche, la peau visqueuse. Il refuse les aliments et vomit ceux qu'on l'a obligé de prendre. Constamment agité, il a passé beaucoup de nuits de suite sans dormir, et une surveillance incessante a montré qu'il n'a pas eu un moment de repos. » L'auteur de cette note l'a cru fou. Plus tard, il a reconnu qu'il s'était trompé; mais, ajoute-t-il, il serait impossible à un homme complètement sain d'esprit de simuler de cette façon.

Quant aux moyens de diagnostic, nous avons vu comment le Dr Mac Donald était parvenu à démasquer Clegg. La plupart des membres sont d'accord avec lui pour n'attribuer à aucun des symptômes une valeur absolue. La pâleur initiale de la face n'est pas un phénomène constant, et il est d'ailleurs tellement fugace que presque jamais on n'arrive à temps pour le constater. Son absence ne prouve donc rien, mais sa présence serait au contraire très significative, car on ne peut guère le feindre. Le relâchement des sphincters, la flexion des pouces manquent également dans beaucoup de cas. L'exemple de Clegg et quelques autres analogues, cités dans le cours de la discussion, prouvent combien il est parfois difficile de reconnaître la présence ou l'absence de l'anesthésie. L'insensibilité de la pupille à la lumière est le plus souvent impossible à constater sur un sujet en proie à de violentes convulsions. Il

n'existe donc pas de signe pathognomonique ; c'est l'ensemble des symptômes qui seul pourra éclairer le médecin.

— Le Dr John B. Chapin, superintendant de l'asile de Willard, New-York, lit ensuite une étude sur les médecins experts et sur leur rôle devant la justice. Malheureusement le journal, qui entre dans tous les détails de la discussion, ne nous donne même pas une analyse du travail qui l'a provoquée. Tout ce que nous en pouvons dire, c'est que le but du Dr Chapin a été d'appeler l'attention de ses collègues sur l'incompétence et l'indignité d'un grand nombre d'experts et de rechercher les moyens de remédier à ce mal. Sur le premier point, tout le monde a été d'accord, et des orateurs venus de différents Etats de l'Union, du Wisconsin, de l'Ohio, du New-Brunswick, etc., etc., ont signalé des abus identiques. Le Dr Bauduy de Saint-Louis, Missouri, a vu le mal aller toujours en croissant et « il est arrivé à ce point, dit-il, que l'expertise médicale n'est plus qu'une farce et un déshonneur pour la profession... Elle est l'objet de la risée du public et des journaux qui soutiennent, non sans raison, qu'un juré d'intelligence moyenne serait un meilleur juge que beaucoup de ces prétendus experts. » Le Dr A.-E. Mac Donald, de New-York, rapporte, à l'appui de la même opinion, une anecdote des plus caractéristiques que nous regrettons de ne pouvoir reproduire, et dont le récit se termine par un mordant sarcasme à l'adresse de la Société rivale de névrologie.

Si l'accord est unanime, touchant la réalité et la gravité du mal, il n'en est plus de même au sujet des mesures à prendre pour y remédier. Le Dr Bauduy avait proposé la nomination par la cour d'une commission d'experts jurés, à laquelle seraient soumises toutes les questions ayant rapport à l'aliénation mentale. Cette idée avait rallié de nombreux suffrages, et elle paraissait sur le point d'être adoptée par la société lorsque le Dr Ray, de Philadelphie, est venu démontrer à ses membres que leur entente était plus apparente que réelle. On a, dit-il, demandé que la cour nommât une commission de médecins experts, mais on n'a pas dit de quelle nature sera cette commission. Si elle doit être permanente, il faudra qu'elle comprenne autant de sous-commissions également permanentes qu'il y a de questions spéciales. Ce ne sont pas, en effet, les mêmes médecins qui peuvent être également autorisés à donner leur avis dans des affaires d'aliénation mentale, d'empoisonnement, d'attentats aux mœurs, etc. La commission permanente est

donc un système évidemment impraticable, et il faudra en nommer une pour chaque cas particulier. Le choix de ses membres appartiendra aux juges qui devront par conséquent se rendre compte des difficultés de la tâche à remplir et du mérite des candidats. Or, plusieurs de nos confrères sont venus exposer et déplorer leur complète ignorance de tout ce qui touche à notre spécialité. Il arrivera qu'un juge, partisan de l'homœopathie, choisira des homœopathes, et peut-être même verrons-nous figurer, dans ces commissions, des femmes docteurs. — La question des honoraires à attribuer aux experts n'est pas moins embarrassante à trancher. Si la rémunération est assez forte pour exciter des convoitises, les influences de toutes sortes, et surtout politiques, vont entrer en jeu. Si, au contraire, ce qui est plus probable, elle est trop faible, il n'y aura plus que des experts au rabais, et nous retomberons dans le mal auquel nous cherchons un remède. — Quelques membres voudraient que les opinions exprimées par la commission eussent une autorité décisive. C'est trop demander, et il est même difficile de voir quelle valeur son rapport écrit pourrait avoir devant le jury, où tout témoignage doit être soumis à un examen contradictoire, puisqu'il est impossible d'espérer que les experts, si consciencieux et instruits qu'on les suppose, seront toujours d'accord. Sans nier la réalité des faits allégués par ses collègues, l'orateur croit qu'on en a exagéré l'importance et que ces divergences d'opinion, qui diminuent l'autorité des experts, ont comme compensation l'avantage d'atténuer la gravité du mal que pourraient causer l'ignorance ou la mauvaise volonté de certains d'entre eux. Il ne pense pas qu'aucune mesure légale soit capable d'atteindre le but qu'on se propose.

L'autorité du Dr Ray est considérable (4), et nous avons cru devoir reproduire les principaux traits de son discours qui résume une très longue discussion, et qui constitue un intéressant témoignage de la différence existant, sur le point en question, entre les mœurs de son pays et les nôtres. Mais, tout en faisant la plus large part à cette différence, il est difficile d'accorder une valeur décisive à ses arguments. Rien ne prouve qu'il serait impossible de former des médecins légistes en Amérique

(4) Le Dr Ray est mort à Philadelphie le 34 mars 1881. Le premier en date et l'un des plus importants de ses nombreux travaux est son traité *De la jurisprudence médicale de la folie*, qui a eu six éditions.

comme il s'en forme ailleurs, et quant aux inévitables divergences d'opinion entre experts, nous savons par expérience qu'elles n'empêchent pas des hommes, dont la science et l'honorabilité sont reconnues, de jouir de l'estime et de l'autorité auxquelles ils ont droit. — L'ignorance et les préjugés de juges sont sans doute un grave inconvénient. Mais qui pourrait éclairer les juges sur les questions dont il s'agit si ce n'est les médecins, et n'y a-t-il pas quelque inconséquence à leur reprocher de n'être pas plus instruits que ceux dont ils réclament les lumières ? C'est donc par les médecins que la réforme doit commencer. Le Dr Kempster avait touché le point précis en proposant la nomination d'un comité, chargé de faire à la prochaine réunion de la société un rapport sur les meilleurs moyens de former des experts compétents dans les questions médico-légales ayant trait à la folie et de définir les qualités nécessaires pour constituer un expert.

Cette motion a été combattue par plusieurs membres, parmi lesquels les Drs Ray et Gray. — Ils ont fait observer que le projet du comité, quel que soit le sens dans lequel il sera conçu, ne parviendra jamais à rallier l'unanimité des suffrages et que, par conséquent, ce serait une atteinte aux droits de la minorité de le présenter au public comme exprimant l'opinion de la société. — Pour nous, habitués à décider les questions à la majorité des voix, cette objection a quelque chose d'étrange. Il semble d'ailleurs qu'elle puisse être élevée à tout propos et entraver à peu près toute résolution, car dans une société aussi nombreuse que l'est celle des superintendants, il doit y avoir peu de sujets à propos desquels ne se produise aucune dissidence. Quoi qu'il en soit, c'est en vain que plusieurs médecins ont soutenu la proposition du Dr Kempster et que le Dr Mac Donald a adjuré ses confrères, au nom de la dignité de l'association, de ne pas laisser une discussion aussi grave se terminer par un aveu d'impuissance. La proposition a été repoussée par 22 voix contre 14.

Le Dr Gundry, superintendant de l'asile de Catonsville, Maryland, lit un travail sur la folie aux périodes critiques de la vie, dont, comme pour le précédent, nous ne pouvons nous faire une idée que par la discussion à laquelle il a donné lieu. Les principaux points qui ont été traités sont l'influence de la masturbation et celle de l'intempérance sur le développement de la folie, et les relations qui existent entre les vésanies et d'autres affections héréditaires, surtout la phthisie. Il y a eu

quelque désaccord entre les orateurs au sujet du rôle que joue la masturbation ; cependant la plupart d'entre eux n'y attachent qu'une importance secondaire et considèrent qu'elle est plus souvent symptôme que cause. D'après le Dr Walker, elle n'aurait une action déterminante que dans un centième des cas, tout au plus. — On a aussi beaucoup exagéré les effets de l'intempérance. Des moralistes réformateurs ont été jusqu'à prétendre que les asiles lui doivent 78 ou 80 pour cent de leurs habitants. Le Dr Clark, d'accord sur ce point avec le Dr Gundry, pense qu'on serait plus près de la vérité en lui attribuant une proportion de 9 à 10 pour cent malades.

Le Dr Kempster croit qu'il existe parfois un rapport de filiation entre l'épilepsie et la phthisie. Dans certaines familles, qu'il a pu suivre pendant longtemps, il a vu d'abord la phthisie régner seule, puis à un moment donné l'élément nerveux, sous forme d'accès d'épilepsie ou de manie, apparaissait dans quelques branches de ces familles, tandis que les autres branches en restaient indemnes. D'après ses observations, ce serait toujours la phthisie qui aurait préexisté et qui, par conséquent, devrait être considérée comme la souche sur laquelle se serait entée l'autre maladie.

Ces faits sont assurément intéressants, mais à défaut d'observations détaillées, il est difficile d'apprécier leur signification réelle. Quelles ont été les alliances de ces familles, et n'est-ce pas par elles que le mal nouveau s'est introduit ? C'est là un point qui demanderait le plus sérieux examen et sur lequel les informations nous manquent totalement.

2° *Mariage et hérédité des épileptiques*; par le Dr M. G. Echo-verria.

La première partie de ce travail est consacrée à l'étude des opinions que professaient les anciens touchant l'influence que la privation, l'usage ou l'abus des plaisirs sexuels peuvent avoir sur la production ou sur la guérison de l'épilepsie. Ces opinions se sont traduites dans la pratique par des conseils et des règlements divers. Ainsi ceux qui pensaient que la continence peut engendrer cette maladie par la résorption du sperme altéré ou putréfié, conseillaient le mariage dans le but de la prévenir ou de la guérir. Professée déjà par Asclépiade et par Arétée, cette théorie, modifiée selon les idées de chaque époque, a encore été soutenue au siècle dernier par Tissot, et, même de

nos jours, le Dr Collineau a essayé de la faire revivre. Ceux qui, au contraire, considéraient les abus vénériens comme cause du mal, et ceux qui croyaient à sa transmissibilité par voie héréditaire, ont été logiquement amenés à défendre le mariage aux individus qui en étaient atteints. L'émascation a même été conseillée et pratiquée, non seulement dans l'antiquité, mais jusqu'au dix-septième siècle.

L'auteur étudie ensuite les dispositions concernant le mariage et le divorce des épileptiques, qui se trouvent dans les législations anciennes et modernes, ecclésiastiques et laïques. Nous voyons l'épilepsie figurer, comme cause de divorce, à côté de la lèpre, de la phrénésie, du mal français, etc., dans plusieurs anciens codes et particulièrement dans ceux de la Saxe et du Danemark. Elle pourrait sans doute être invoquée et prise en considération, au moins dans certains cas, à l'appui d'une demande de divorce, dans les pays où il est établi comme en Angleterre et aux États-Unis. En réalité, le fait est très rare, et les recherches de l'auteur n'ont pu lui faire découvrir qu'un seul cas de ce genre en Amérique. Il n'en a même trouvé aucun en Angleterre, mais seulement une observation dans laquelle l'épilepsie a été cause, non de divorce, mais d'empêchement au mariage. En France, où les liens entre époux sont si difficilement rompus, il existe cependant un arrêt de la cour civile de Nantes, du 28 décembre 1844, prononçant la nullité du mariage d'un épileptique qui, le jour même de ses noces, fut pris d'un accès de fureur dans lequel il tua son beau-père, et fut aussitôt enfermé à l'asile de Clermont d'où il n'est plus sorti.

L'hérédité de l'épilepsie est niée par un certain nombre d'auteurs, qui cependant admettent celle des névroses en général. On connaît l'opinion du professeur Lasègue pour lequel la grande épilepsie, infirmité et non maladie, toujours due à une malformation ou à une déformation du crâne, ne peut provenir que de vices de développement ou de traumatismes. Sans discuter cette théorie, M. Echeverria fait observer qu'elle n'entraîne pas la négation de l'hérédité de l'épilepsie, puisqu'il est généralement admis que les vices de développement des os du crâne, auxquels elle l'attribue, sont eux-mêmes héréditaires.

Les statistiques, ordinairement établies en recherchant quelles sont les conditions de santé des parents des épileptiques, sont pleines d'incertitude et d'erreurs. L'auteur a préféré, comme l'avaient déjà fait avant lui plusieurs médecins français, suivre

une marche inverse, c'est-à-dire qu'il a procédé de l'ascendant à sa postérité.

436 épileptiques mariés ont engendré 533 enfants, sur lesquels 495 sont morts de convulsions en bas âge. Parmi les survivants il y a eu 78 épileptiques. Il ressort des détails de cette statistique que la transmission de l'épilepsie ne se fait pas exclusivement de la mère à la fille ou du père au fils, comme on l'a prétendu, mais que les mères transmettent le mal à un plus grand nombre d'enfants que les pères.

Ainsi l'hérédité directe de l'épilepsie est, dit l'auteur, un fait positif, et qui doit s'imposer à la considération du médecin, lorsqu'il est consulté au sujet du mariage de personnes atteintes de cette maladie.

D^r DESMARES.

JOURNAUX ALLEMANDS

Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie.

Année 1880 (fin).

41. Contribution à la connaissance de l'hébéphrénie. — D^r Fink, à Wurtzburg.

L'hébéphrénie occupe, dans la phrénopathologie, une place aussi légitime que la paralysie générale. La symptomatologie en est nette et bien définie, et le pronostic si grave de cette affection peut s'établir avec rigueur dès le début. — Ce que Hecker n'a point vu, c'est que l'hébéphrénie est tributaire de la dégénérescence psychique, qu'elle reconnaît un arrêt primitif de développement du cerveau en vertu duquel l'intelligence n'atteint un développement relatif que pour subir, à partir de la puberté, une évolution régressive. La réalité de ce fait peut se déduire du caractère protéiforme des conceptions délirantes, de l'incohérence des idées et des actes qui demeurent impulsifs, instinctifs, de l'alternance de la dépression et de l'exaltation, de la survenance de rémissions complètes suivies de promptes récives. L'hébéphrénie, et cette vérité n'aurait point échappé à Morel, est une psychose de dégénérescence, une insuffisance congénitale qui demeure latente pendant l'enfance et les premiers temps de la puberté, pour ne se manifester que lorsque les sujets, aux prises avec les exigences

inexorables de la vie, sont tenus à des efforts intellectuels dont ils sont incapables.

La folie morale ne peut en imposer pour l'hébéphrénie. Outre ce que sa symptomatologie a de caractéristique, elle reste stationnaire pendant de longues années, tandis que, dans l'hébéphrénie, la déchéance intellectuelle est précoce.

Dans l'hébéphrénie, le délire est absurde comme dans la paralysie générale, et ce caractère, qui est un attribut de la démence, servira à la distinguer du délire systématisé.

La confusion est possible entre l'hébéphrénie et la folie circulaire telle que Falret l'a décrite; mais remarquons que, dans la folie circulaire, les stades de manie et de mélancolie n'excluent pas une certaine lucidité qui manque dans l'hébéphrénie par le fait de la démence, et que les rémissions si complètes de la seconde ne s'observent point dans la première.

Au point de vue de la fréquence, on peut affirmer que, une prédisposition névropathique ou psychopathique étant admise, c'est l'hébéphrénie qui, dans la jeunesse, se montrera de préférence à toute autre forme phrénopathique. Toutefois, ce fait ne se vérifie que pour les hommes; chez les femmes, c'est la folie hystérique qui en est l'équivalent.

La catatonie et l'hébéphrénie ont des points de ressemblance tels, qu'il est souvent difficile ou impossible de les distinguer, car l'état spasmodique qui caractérise la première peut aussi se rencontrer dans la seconde, et l'une de ces formes peut succéder à l'autre. Ce que l'on peut en dire, c'est que la guérison de la catatonie est fréquente et que l'hébéphrénie est absolument incurable.

42. *Du traitement des aliénés malpropres.* — D^r Sebüle.

Question mise à l'ordre du jour de la réunion d'octobre 1880 des médecins aliénistes d'Allemagne, à Carlsruhe. M. le D^r Sebüle la traite avec sa compétence habituelle et tout le développement qu'elle comporte.

On peut ramener l'élément malpropre à trois causes principales: à l'engourdissement psychique et à l'insuffisance motrice (démence, stupidité); à l'impulsion motrice ou à des sentiments pervers (dans la surexcitation cérébrale, la marche rapide des idées obscurcit les instincts, et le malade, ne trouvant pas le temps de la réflexion, obéit à la nécessité là où elle le surprend. Le moral insanity saute tout à dessein, parce

qu'il trouve un soulagement à se mettre en contravention avec la règle de la maison); à un motif psychique, à des conceptions délirantes (le mélancolique anxieux, le délirant systématisé).

Au point de vue du pronostic, l'élément malpropreté mérite l'attention spéciale du médecin : si la malpropreté habituelle donne lieu à des exanthèmes et compromet ainsi la santé générale, elle peut aussi, non enrayée, surtout chez les maniaques et les délirants, ralentir la marche de la maladie et contrarier la convalescence.

Les moyens employés pour obvier à la malpropreté dans les divers degrés de démenoe nous sont connus, depuis les soins maternels, la persuasion, les lavements, les bains de siège froids, jusqu'à la soupe de Brandt qui constipe. A un degré très avancé, on ne connaît que le lit des malpropres, et M. Schüle exprime le vœu que la question du meilleur lit de malpropre et du meilleur fauteuil soit mise à l'ordre du jour médical.

Les maniaques malpropres sont plus difficiles à traiter. Il faut distinguer ici ceux qui ne font que laisser aller sous eux, et ceux qui se barbouillent. Chez les premiers, ni peu ni prou à faire; lorsque renaît la conscience, on place le malade dans un dortoir de tranquilles où la contagion de l'exemple agira peut-être. Chez le barbouilleur, il s'agit d'abaisser l'irritabilité réflexe augmentée: régime fortifiant, bains, injections de morphine, chloral. M. Schüle s'élève avec force contre l'emploi de l'hyosciamine, poison qui produit la paralysie motrice et vasomotrice et dont l'action est dangereuse et par trop fugace.

C'est dans le stade de transition des états d'excitation aiguë en délire systématisé qu'intervient efficacement le traitement moral, le régime roborant, l'opium avec le vin de Malaga, la camisole de force.

Le besoin de barbouiller se rencontre fréquemment dans les psychoses sexuelles, chez les masturbateurs et les femmes atteintes d'affections utérines. Il faut se rappeler ce fait pour y puiser des indications thérapeutiques.

Le traitement le plus difficile est celui des délirants malpropres. Dans ce cas, la camisole de force paraît l'ultima ratio, parce qu'il s'agit de rompre à tout prix une habitude. En proposant l'usage de la camisole de force, l'orateur, visiblement troublé par le spectre du no-restraint, s'exouse et use de tempéraments, comme s'il eût parlé devant une assemblée de

puritains anglais. Comment se fait-il que les Anglais qui condamnent l'usage de la camisole comme un crime de lèse-humanité, aient permis à leurs obus de lacérer le drapeau de la Croix-Rouge flottant sur l'hôpital d'Alexandrie? Des médecins français, dit l'*Union médicale*, 82 orphelins, 60 malades et un nombreux personnel de sœurs de charité, y ont subi les horreurs du bombardement. On demande une réponse à cette question. « Honni soit qui mal y pense, dit-il en terminant, je préfère mettre des gants à un homme et une robe fermée par les manches à une femme, que de regarder paisiblement comment cette homme se barbouille d'excréments, comment cette femme s'introduit dans la bouche un doigt enduit de sécrétions non alibiles. »

43. *Des rapports de la syphilis avec les maladies mentales.* — Dr Ripping, à Düren (Prusse rhénane).

M. Ripping s'inscrit en faux contre tout ce que l'observation a produit jusqu'ici sur les phrénopathies syphilitiques.

La syphilis peut-elle revendiquer l'importance étiologique qu'on lui assigne lorsqu'il s'agit d'aliénation mentale? Y a-t-il quelque chose de caractéristique dans l'anatomie pathologique, le complex symptomatique, la marche des phrénopathies syphilitiques? Questions à l'élucidation desquelles la statistique tout d'abord a la prétention de prêter son concours. Mais qu'est-ce à dire que la syphilis extérieure ou concomitante a été notée chez les 3, 2 0/0 des aliénés admis à l'asile de Düren, chez 4 0/0 des aliénés admis à l'asile de Hildesheim, chez les 9, 8 0/0 des aliénés admis à l'asile privé d'Endenich; que, après l'infection syphilitique, toutes les formes de troubles intellectuels ont été observées, sans qu'on puisse dire que l'une ou l'autre se montre avec une fréquence particulière, sauf la paralysie générale? — Du fait que la folie ne se montre souvent que dix ou quinze ans après l'infection syphilitique, on conclut que c'est à la syphilis cérébrale qu'il faut rapporter le trouble mental, et cette syphilis cérébrale, d'après les travaux de Heubner, consisterait surtout en une altération particulière des artères du cerveau, en une endartérite; mais cette endartérite, observée aux environs des gommès, n'a rien de bien spécifique, puisqu'on la rencontre aux environs de tumeurs et d'abcès non syphilitiques et qu'elle manque dans bien des cas de psychoses manifestement syphilitiques. — Du moins, la forme de la maladie va-t-elle servir de diagnostic? Point. Le

développement incomplet ou rudimentaire de certaines psychoses, l'obtusion des sentiments affectifs, la somnolence ou l'agrypnio prolongée n'ont rien de caractéristique; les pseudo-paralysies de M. Fournier et les lésions spéciales qu'il y rattache sont niées, et avec raison, par MM. Foville, Sauvet et autres.

Personne n'a pu encore confirmer l'opinion de Coflin, d'après laquelle la paralysie générale précoce est essentiellement syphilitique. — Que dire de cet adage : *naturam morborum curationes ostendunt*? Il serait bien triste d'en être réduit à ne porter un diagnostic qu'après l'essai d'un spécifique douteux.

Qu'en pense donc M. Ripping, lui qui fait si bon marché des opinions des médecins qui, depuis quelque vingt-cinq ans, ont écrit sur la matière? Il pense que la syphilis n'est que très rarement un élément étiologique direct des maladies mentales; que, le plus souvent, interviennent d'autres causes, l'épuisement nerveux dû aux excès vénériens et autres, aux méthodes débilitantes des traitements spécifiques. Et ce qui le prouve, dit-il, c'est que des aliénés atteints de syphilis secondaire ou tertiaire guérissent, sans antisyphilitiques, de leur aliénation mentale, les accidents syphilitiques survivant à la guérison de la folie...

.....Comme si l'on ne pouvait être syphilitique et devenir aliéné sans aucune relation de cause à effet entre ces deux affections.

44. *Remarques sur la folie circulaire.* — D^r Karrer, à Erlangen (Bavière).

Ces remarques sont déduites de dix observations, six femmes et quatre hommes. Cette prédominance du sexe féminin est d'autant plus remarquable que le chiffre des admissions femmes est inférieur. — Predisposition héréditaire dans 60 0/0 des cas, tandis que la moyenne générale des cas héréditaires, pour l'ensemble des aliénés, a été de 40 0/0. — L'hérédité directe n'a été constatée dans aucun cas, mais bien l'hérédité indirecte par les ascendants et les collatéraux. — L'hérédité ne paraît exercer aucune influence sur la marche de l'affection. Dans huit cas, en a pu suivre la genèse de l'affection qui a débuté par un état de mélancolie pour revêtir la forme cyclique, immédiatement chez six malades, beaucoup plus tard chez les deux autres. — En général, la mélancolie a pris la forme passive, tandis que la manie a été caractérisée par une agitation violente avec

manifestations obscènes ou malpropres. Contrairement à ce que pense Dittmar, un cycle complet constitue le double élément d'un même accès, que l'accès soit ou non séparé par une rémission. Le plus souvent, l'accès se présente chez le même individu avec le même caractère. — En ce qui concerne les modifications de la nutrition, dans la plupart des cas, le poids du corps diminue pendant le stade de manie pour se relever dans celui de la mélancolie et pendant la rémission; le contraire a été remarqué dans les cas où l'excitation maniaque ne portait que sur les idées, de telle sorte que la variation dans le poids du corps pourrait être mise exclusivement sur le plus ou moins d'agitation motrice.

45. *Communication sur les psychoses pénitentiaires.* — D^r Kirn, à Fribourg (grand-duché de Bade).

La maison centrale de Fribourg est une prison cellulaire modèle, où la science moderne s'est donné carrière pour réaliser les meilleures conditions hygiéniques et atténuer, dans la limite du possible, l'influence de ce système pénitentiaire sur la santé morale des prisonniers.

De 1878 à 1880, sur une population moyenne de 400 individus, 40 cas de folie ont été notés; mais cette proportion n'incrimine en rien le système cellulaire, si l'on consulte l'étiologie qui relève, pour le plus grand nombre, la prédisposition héréditaire ou acquise. Chez un petit nombre, aucune cause n'a pu être relevée, et ces derniers cas seuls pourront être considérés comme tributaires de la détention. — Il y aurait une relation remarquable entre la forme du trouble mental et la nature du crime. Ainsi, la marche de la maladie serait rapide et le pronostic favorable, dans les cas où il s'agit de crimes contre les mœurs ou consécutifs à des passions violentes aiguës; tandis que, chez le criminel à passions obroniques, le voleur, l'escroc, le recéleur, la folie, de plus longue durée, aurait de la tendance à l'incurabilité. — La mélancolie et le délire systématisé du second degré sont les formes phréno-pathiques les plus fréquentes chez les prisonniers; mais, d'après l'observation de M Kirn, cette fréquence de la mélancolie est due à la fréquence même des causes débilitantes qui ont exercé leur action avant la détention. Cependant certains éléments de la mélancolie, l'hypochondrie, les illusions sensorielles, les hallucinations de l'ouïe, doivent être mis au compte de la détention cellulaire. On peut en dire autant du délire

systématisé qui prend volontiers la forme du délire des persécutions avec hallucinations.

Au point de vue de la médecine légale, et nous touchons ici au côté lamentable de la question, les aliénés de M. Kirn se divisent en trois catégories :

1^o 16 individus, sont entrés en prison indemnes de toute tare phrénopathique ; leur responsabilité a donc été entière ;

2^o 15 individus dont la responsabilité a été limitée : imbéciles, épileptiques, alcooliques, gens violents ou singuliers de caractère ;

3^o Enfin, 9 malheureux, atteints, antérieurement à leur crime, de démence sénile, de folie des persécutions, d'idiotie, de folie épileptique et qui n'ont pas été responsables de leurs actes.

Ce sont là, dit M. Kirn, des erreurs que ne commettraient pas des juges mieux éclairés par des médecins expérimentés. D'où la conclusion de réserver à l'étude de la psychiatrie une juste place dans l'enseignement obligatoire des universités allemandes.

46. *Le trajet central du nerf spinal.* — D^r Roller, à Strasbourg (Alsace).

Travail d'anatomie histologique qui, par sa forme et sa nature, échappe à l'analyse.

D^r HILDENBRAND.

Neurologisches Centralblatt

Année 1882.

Sur la durée de la période latente, et le caractère pseudo-réflexe des phénomènes tendineux ; par le D^r Eulenburg de Greifswald (janvier).

L'auteur, après avoir étudié par la méthode graphique les réflexes tendineux, est arrivé à établir que, chez des sujets sains, la période latente ne dépasse pas 2/62 de seconde, et souvent, à une durée moindre. En opposant cette donnée à ce que nous savons sur la vitesse de transmission dans les nerfs, vitesse qui serait de 33 m. 90 c. par seconde, l'auteur se croit autorisé à supposer que les phénomènes tendineux ne sont pas de nature réflexe simplement, mais au contraire des manifestations complexes ayant des rapports étroits avec la toni-

cité musculaire. Il semblerait néanmoins qu'une certaine intégrité de l'impressionnabilité périphérique et de la faculté de transmission est nécessaire, parallèlement à un certain degré de tonicité musculaire, pour la production du phénomène. Aussi les cas pathologiques où ces deux conditions sont amoindries, doivent-ils amener une disparition des phénomènes tendineux. C'est ce qui a lieu dans les cas typiques de tabes dorsalis, où l'auteur dit n'avoir jamais observé la persistance du (Kniephänomen) phénomène tendineux du genou.

Du traitement du tabes dorsalis par le pinceau faradique ;
par le Dr Rumpf, de Dusseldorf (janvier).

L'auteur a employé le pinceau faradique dans une série de cas d'ataxie locomotrice. Il place le pôle positif sur le sternum, et promène le pinceau qui est en communication avec le pôle négatif, sur le dos, puis sur les extrémités. Les effets ont été en général très bons. L'auteur cite notamment deux observations où tous les symptômes d'ataxie locomotrice ont disparu. Les troubles de la miction, les douleurs fulgurantes, les douleurs en ceinture, les troubles de sensibilité, cédèrent au traitement faradique; il ne persista qu'une absence des phénomènes tendineux chez le premier sujet, et de l'impuissance chez le second. Les résultats n'ont pas toujours été aussi heureux, et dans d'autres cas, l'auteur a observé soit la disparition d'un symptôme isolé, tel que trouble de sensibilité, douleur, etc., soit une amélioration générale. Dans d'autres cas enfin, les avantages obtenus ont été éphémères. Aussi, sans faire de ce traitement un spécifique de l'ataxie locomotrice, l'auteur croit qu'il est indiqué dans bien des cas où le mal est relativement récent, et sans connexion avec une affection syphilitique.

Troubles de la nutrition pendant la convalescence de la manie ;
par le Dr Sioli de Leubus (janvier).

Malgré une alimentation copieuse, il se produit dans la période d'excitation de la manie, une diminution du poids du corps ; et, avec un état de dépression succédant à l'agitation, coïncide au contraire une augmentation rapide de ce même poids. L'amaigrissement survient au moment du retour à l'état de santé, avec une telle fréquence, qu'il est devenu un signe précieux pour le pronostic. Ces variations, d'après l'auteur, ne sauraient être attribuées au plus ou moins de mouvement,

au plus ou moins de sommeil que prend le malade, et seraient imputables, au contraire, à un trouble de la nutrition d'origine centrale. La preuve en est que, en même temps que du tissu graisseux se déposant dans le tissu sous-cutané, entre les muscles et dans les cavités du corps, produit ainsi l'embonpoint général, des dépôts analogues peuvent se faire dans le périoste et le périchondre.

L'auteur cite deux observations personnelles, à l'appui de cette opinion. Chez deux malades dont le poids s'était porté dans un cas de 37 à 56 kilos, dans l'autre de 42 à 70 kilos, il s'était produit parallèlement à l'embonpoint, chez le premier, une tumeur non inflammatoire du maxillaire inférieur, chez le second, des tumeurs du même genre au larynx, derrière l'apophyse mastoïde et sur un tibia. L'auteur, vu l'absence d'inflammation et de toute cause spécifique ou autre, ayant pu occasionner ces tumeurs, les attribue à un trouble trophique d'origine centrale.

Sur un cas d'hémiatrophie de la face ; par le Dr Kuster, de Berlin (janvier).

L'auteur rapporte l'observation d'une femme qui, à l'âge de vingt-huit ans, fut atteinte d'une atrophie généralisée à toute la moitié gauche de la face. La malade a cinquante-neuf ans aujourd'hui ; depuis trente ans, le mal fait des progrès lents mais continuels. Toutes les parties molles de la région d'innervation du trijumeau du côté gauche sont atteintes. A première vue, on dirait que les os du côté malade n'ont pas été épargnés par l'altération nutritive. Le toucher prouve qu'il n'en est rien. Contrairement à ce qui a eu lieu pour tous les cas antérieurement publiés, les os sont dans leur état normal, et c'est là que git, d'après l'auteur, l'intérêt de cette observation. Wirehow avait déjà fait remarquer que, dans ces cas d'atrophie, les os étaient d'autant moins altérés, que la maladie commençait à une époque plus rapprochée du développement complet des os (vingt ans à peu près). Dans le cas particulier, la maladie s'est déclarée à vingt-huit ans : les os sont restés indemnes, ils opposent donc, dit l'auteur, aux influences morbides, une résistance plus énergique que les autres tissus.

Sur les convulsions idiopathiques de la langue ; par le professeur Berger, de Breslau (février).

Les convulsions de la langue sont fréquemment observées dans les névroses, mais elles sont tellement rares comme affec-

tion essentielle, que la littérature médicale n'en signale pas un cas, et qu'on peut se demander s'il existe une névrose convulsive de l'hypoglosse. L'auteur a observé deux cas de cette névrose. Le premier chez une fille de vingt-huit ans, indemne d'antécédents névropathiques. Les accès s'annonçaient par une sensation de flot remontant dans la bouche, suivie bientôt de convulsions limitées à la langue et rendant la parole impossible. Cette personne, quelque peu anémique, vit disparaître ses attaques après un traitement par le fer, la belladone, la quinine, et une cure à Landeck.

Le second malade, âgé de quarante-huit ans, robuste et bien constitué, a été vu une seule fois par l'auteur. Il se plaignait d'être, depuis deux ans et demi, sujet à des convulsions fréquentes, absolument localisées à la langue, et se présentant deux à trois fois par jour.

De ces faits, l'auteur croit pouvoir conclure à l'existence d'une névrose convulsive idiopathique de la langue, imputable vraisemblablement à une irritation centrale du nerf hypoglosse.

Etiologie de l'épilepsie dans l'enfance ; par le Dr Jehn, de Merzig (février).

L'auteur veut attirer l'attention sur ces faits, qu'un simple soufflet, ou une frayeur, peuvent être une cause immédiate d'épilepsie. Il rapporte deux observations personnelles à ce sujet. C'est d'abord un écolier qui reçoit dans la nuque un soufflet que le maître avait destiné au voisin, s'irrite, court chez ses parents, et est pris aussitôt de crises d'épilepsie. Un autre enfant, âgé de sept ans, couché dans la chambre de sa bonne, est réveillé dans la nuit, s'effraie de l'apparition devant la fenêtre d'une forme humaine, et est pris d'attaques d'épilepsie assez nombreuses et intenses, pour mettre sa vie en danger.

Des altérations de l'écorce cérébrale, dans le stade initial de la paralysie générale ; par le Dr Mendel (février).

L'auteur rapporte un cas de paralysie générale diagnostiqué *post mortem* seulement et qui, à cause de la forme du délire et de l'absence de signes somatiques, avait été regardé comme un cas de lypémanie.

L'examen microscopique du cerveau permet de rectifier le diagnostic. On avait constaté la présence de quelques taches laiteuses sur la pie-mère, et un état chagriné du plancher du

4^e ventricule. Le microscope révélait une altération des couches du tissu conjonctif dans la substance cérébrale, caractérisée par une production exagérée de l'élément conjonctif, sans altération de l'élément nerveux proprement dit. Cette lésion était plus marquée à la base du cerveau et au niveau des centres de localisation du langage. Les parois vasculaires étaient dans l'état normal.

D'après l'auteur, il y a là un fait anatomo-pathologique important, en ce qu'il démontre que, dans la paralysie générale, la lésion débute dans les couches du tissu conjonctif de l'encéphale; que la production de noyaux, les altérations des parois vasculaires et l'émigration des globules blancs ne sont pas le point de départ de l'affection; et enfin, que le trouble précoce de la parole chez les paralytiques peut tenir, peut-être, à ce que les lésions sont plus précoces et plus intenses à la base et au niveau du centre de localisation du langage articulé.

Sur le trajet des fibres gustatives de la corde du tympan; par le Dr Erb, de Leipzig (février et mars).

Les fibres gustatives de la corde du tympan vont-elles au cerveau par le facial ou par le trijumeau? L'auteur rapporte deux observations intéressantes à ce sujet. Il s'agit de deux cas de paralysie dans tout le domaine d'innervation du trijumeau, c'est-à-dire anesthésie de la moitié de la face avec paralysie des muscles masticateurs du même côté; les muscles innervés par le facial ayant conservé leur motricité. Dans les deux cas les sensations gustatives étaient abolies, dans la moitié de la langue correspondant au côté malade. Dans un des cas mentionnés, l'autopsie a révélé à la base du crâne une tumeur intéressante la partie crânienne du trijumeau. De ces faits, l'auteur croit pouvoir conclure qu'à la base du crâne, les fibres gustatives de la corde du tympan se trouvent dans le tronc du trijumeau.

Manie passagère à la suite d'un accès de fièvre des fondeurs de laiton (Messing fieber); par le Dr Binswanger, de Berlin (mars).

D'après l'auteur, 75 ouvriers fondeurs en laiton sur 400 sont sujets à des accès de fièvre professionnelle. Un jeune homme de vingt-trois ans, qui avait subi de nombreux accès de ce genre, éprouva, le 2 février 1882, les symptômes prémonitoires d'un nouvel accès. Obligé de quitter son chantier, il fut pris d'un

accès de manie aiguë avec agitation violente, qui nécessita son admission à l'hospice. Au bout de trois jours, il fut complètement guéri.

L'auteur regarde cet accès de manie comme le résultat de l'intoxication métallique et le compare à ceux qui, dans l'infection paludéenne, se substituent souvent aux accès de fièvre intermittente.

Sur la cause anatomique du tétanos; par le professeur Schultze, de Heidelberg (mars).

D'après l'auteur on cherche sans cesse à attribuer la cause du tétanos à une lésion de la moelle, et l'on ne tient pas assez compte des faits qui militent contre cette manière de voir.

C'est ainsi que Aufrecht donne, comme cause du tétanos, une diminution de volume des cellules ganglionnaires de la région cervicale de la moelle; ignorant qu'à l'état normal, ces cellules sont dans la région cervicale, et plus encore dans la dorsale, plus petites que celles de la région lombaire prises comme type de comparaison. L'auteur insiste, en outre, sur les difficultés que présente l'examen de ces cellules traitées par la glycérine seulement, comme l'avait fait Aufrecht. Depuis sa dernière publication sur le sujet, l'auteur a fait des recherches sur quatre cas nouveaux de tétanos, sans avoir constaté trace d'inflammation dans les méninges ou dans la moelle.

Contribution à la localisation des paralysies saturnines des membres inférieurs; par le Dr Remack, de Berlin (avril).

L'auteur, d'après ses observations antérieures, avait cru pouvoir opposer à la localisation régulière de la paralysie d'origine saturnine dans les membres supérieurs, un type analogue de paralysie saturnine des membres inférieurs avec paralysie des péroniers et des extenseurs des doigts, le muscle tibial antérieur restant indemne, comme cela arrive pour le long supinateur.

Une observation récente de l'auteur infirme cette manière de voir. Il s'agit d'un fondeur de caractères d'imprimerie, qui avait eu plusieurs accès de coliques saturnines, lorsque, en 1880, il entra à l'hôpital atteint de cachexie saturnine avec paralysie des muscles extenseurs du membre supérieur. Aux membres inférieurs, on constata la paralysie du tibial antérieur et du triceps sural, les autres muscles fonctionnant régulièrement. Cette localisation de la paralysie étant contraire à

ce qu'on avait observé antérieurement, l'auteur croit qu'il faut renoncer à décrire un type régulier de localisation de paralysie saturnine aux membres inférieurs.

Sur quelques réflexes chez les enfants; par le Dr Eulenburg, de Greifswald (mai).

L'auteur a fait faire des recherches sur certains réflexes (des tendons, de l'abdomen, des oreilles, du nez, de la cornée, de la pupille) sur 424 enfants de sa clinique. Si l'on excepte le réflexe auriculaire (d'ailleurs si difficile à constater chez les enfants), qui a fait défaut dans cinq cas, il n'y a que les phénomènes tendineux qui n'aient pas été constants. En effet, le phénomène du genou (Kniephänomen) a fait défaut dans sept cas des deux côtés, et dans trois cas d'un côté seulement.

D'après l'auteur, l'absence fréquente des phénomènes tendineux, opposée à la constance des réflexes cutanés ou muqueux, n'est pas précisément un argument en faveur du caractère réflexe des phénomènes tendineux.

L'auteur a également fait étudier les réflexes chez des enfants atteints d'affections fébriles. Leur intensité varie avec la température, mais ne semble pas lui être proportionnelle.

Elongation des nerfs dans l'ataxie locomotrice; par le Dr Winter, de Heidelberg (mai).

Une femme de trente-huit ans offre des symptômes d'ataxie locomotrice depuis neuf ans. Actuellement la malade ne peut plus marcher seule, la station debout est incertaine, la malade tombe, dès qu'elle ferme les yeux. Le 26 novembre 1884, on fait l'élongation du nerf sciatique droit. Aucune amélioration n'est survenue à la suite de l'opération. La malade a cru remarquer, au contraire, un peu plus d'incertitude dans les mouvements du membre du côté opéré.

L'auteur rapporte l'observation, à seule fin de démontrer l'inefficacité absolue du traitement de l'ataxie locomotrice par l'élongation des nerfs.

Sur la position de l'omoplate dans les cas de paralysie du grand dentelé; par le Dr Seeligmüller, de Halle (mai 1882).

Existe-t-il des cas où, à la suite de paralysie isolée du grand dentelé, le bras pendant le long du corps, l'angle inférieur de l'omoplate est rapproché de la colonne vertébrale et éloigné du thorax, où, enfin, le bord interne de l'omoplate est également

écarté de la cage thoracique? L'auteur croit pouvoir répondre affirmativement à cette question controversée, et donne à l'appui de son opinion les raisons physiologiques suivantes :

1° Le mouvement d'adduction du bord inférieur de l'omoplate est le résultat de la contraction des rhomboïdes. Chaque fois qu'un muscle subit une contraction volontaire, ses antagonistes sont également innervés. Le grand dentelé étant paralysé, les rhomboïdes, ses antagonistes, se contractent à chaque tentative de mouvement; et leur action n'étant plus équilibrée par celle du grand dentelé, finit par amener une adduction définitive de l'angle inférieur de l'omoplate vers la colonne dorsale.

2° L'écartement du bord inférieur de l'omoplate est le résultat de la contraction des muscles qui s'insèrent à l'apophyse coracoïde. Cette insertion à la suite de la paralysie du grand dentelé étant devenue point mobile au lieu d'être point fixe, à chaque contraction, cette apophyse subit un mouvement de bascule autour d'un axe parallèle à l'épine de l'omoplate, ce qui amène un état définitif d'écartement de l'angle inférieur de la cage thoracique.

3° Le sous-épineux produit le même effet pour le bord interne de l'omoplate après paralysie du grand dentelé, car le point fixe a été porté, dans ce cas, de l'omoplate à l'humérus.

Enfin, l'auteur explique par la prédominance d'action du biceps (muscle plus souvent en activité, et par conséquent plus développé), l'écartement de l'angle inférieur de l'omoplate par rapport au thorax, chez les personnes faiblement musclées, et spécialement chez les enfants.

Contribution à l'étude des « psychoses » circulaires;
par le Dr Schaler (mai).

L'observation rapportée par l'auteur peut se résumer ainsi : G. L... est pris d'un accès d'asthme à l'âge de dix ans, à la suite d'une course à pied, faite dans le but de rivaliser de vitesse avec un cheval. A partir de ce moment, G... est bien portant jusqu'à l'âge de vingt ans, sauf un certain nombre d'accès d'asthme. Le malade fait néanmoins observer lui-même que, depuis son premier accès d'asthme, il n'a jamais eu sa gaieté d'autrefois, et que durant toutes ses études qu'il a faites jusqu'en rhétorique, il a été un élève irrégulier, et se sentant souvent incapable de s'appliquer sérieusement. Dans sa vingtième

année, G... est pris d'un accès de lypémanie qui dure quelques mois; suit alors une période de six mois où le malade passe sa vie dans le désœuvrement et les plaisirs, dépensant beaucoup d'argent (été 1880). En novembre de la même année, nouvel accès de lypémanie, suivi subitement d'un accès de manie qui nécessite la séquestration le 23 décembre 1880.

A partir de ce moment, des états alternatifs d'excitation maniaque et de dépression mélancolique se succèdent brusquement et sans transition dans l'ordre suivant : manie, 13 jours; mélancolie, 11; manie, 16 jours, mélancolie, 10; manie, 18 jours, mélancolie, 10; manie, 13 jours, mélancolie, 8; manie, 10 jours, mélancolie 10. A la suite de cette dernière période de manie, notablement plus longue que les précédentes, s'établit un état qui n'était plus ni la manie ni la mélancolie. Néanmoins le malade était tour à tour gai et triste, évitant le monde un jour, l'autre jour se montrant très communicatif, sans que ses allures ne prissent dans aucun cas des proportions assez grandes pour faire dépasser au malade les limites ordinaires des convenances sociales. C'est dans cet état, sur lequel l'auteur insiste à dessein, parce que, comme on verra plus tard, il le regarde comme une série d'attaques abortives, que le malade quitta l'asile en 1884.

La marche de cette affection, l'apparition d'accès d'asthme et de manifestations herpétiques, surtout pendant la période maniaque, sont longuement commentées par l'auteur. Il est tenté de faire remonter la folie à l'âge de dix ans, époque de la course et du premier accès d'asthme. Ce fait que les accès d'asthme ont apparu ultérieurement dans les périodes maniaques exclusivement, lui fait supposer que l'accès d'asthme initial était lié à un état maniaque. Nous verrons plus tard l'auteur voir dans les irrégularités d'humeur et de capacité pour le travail du jeune homme de dix à vingt ans, une longue série d'accès abortifs. Quant à l'accès de manie qui aurait, dans cette hypothèse, précédé longtemps le développement complet de la folie circulaire, Meyer et Dittmar ont observé bien souvent cette marche, avec cette différence que l'accès initial au lieu d'être constitué par un état maniaque, consistait en un état de mélancolie.

L'auteur fait remarquer qu'on distingue les cas de folie circulaire, « cyclische psychose », selon qu'il y a entre les deux périodes un intervalle lucide ou non, et que sous ce rapport le cas qu'il rapporte appartient à la catégorie des formes rares où

le passage d'une période à l'autre est absolument brusque, sans « intermission ».

Kirn professe que les états successifs de manie et de mélancolie sont deux périodes différentes d'un même accès, périodes qui ont entre elles des rapports directs, de manière que leur durée et leur intensité soient approximativement identiques, ou au moins augmentent ou diminuent dans des rapports proportionnels ; et Emmerich ajoute que la phase mélancolique est ordinairement plus longue. Dans le cas observé, l'auteur fait remarquer que ces rapports n'existent ni pour la durée, ni pour l'intensité des accès. Les indications données plus haut permettent de vérifier ce fait quant à la durée. Les détails de l'observation montrent que, en ce qui concerne l'intensité, tandis que la mélancolie s'est manifestée à un même degré dans toutes les phases dépressives de l'affection, l'état maniaque a progressivement perdu de son intensité.

Cette absence de rapports entre les deux périodes d'un même accès présente, d'après l'auteur, quelque intérêt en vue de la théorie de Dittmar sur la folie circulaire. En effet, tandis que Falret et Baillarger ont, les premiers, décrit la folie circulaire, comme une forme à part dans le groupe des maladies mentales à marche périodique, Dittmar ne veut voir dans chaque phase de l'accès de la folie circulaire que la réaction de la phase précédente, absolument comme dans tous les cas de folie périodique le stade initial est suivi d'un stade de réaction. Il s'agirait, d'après Dittmar, dans les cas de folie circulaire, d'une simple particularité consistant en ce que les réactions au lieu de suivre la loi commune et de diminuer progressivement, ne perdent rien de leur intensité, et provoquent ainsi constamment des actions et des réactions de même force.

Or, dans cette hypothèse, dit l'auteur, les rapports qui dans le cas particulier manquent entre les diverses phases, devraient exister.

Ce côté faible de la théorie n'a pas échappé à Dittmar, qui a éprouvé le besoin d'admettre que des circonstances favorables ou désavantageuses, « *juventia und nocentia* », peuvent modifier les rapports entre les phases d'un accès. L'auteur croit que, dans le cas qu'il rapporte, des influences dans un sens ou dans un autre n'ont pas été mises en action, et estime que les faits tels qu'il les a observés battent en brèche la théorie de Dittmar.

L'auteur a constaté aussi que la quantité d'urine était moindre

dans la mélancolie, et accrue au contraire pendant la période maniaque. Une augmentation de densité correspondant au premier cas, et une diminution au second.

Meyer a fait remarquer que, durant la période maniaque de la folie circulaire, il y a augmentation du poids du corps, tandis que l'inverse a lieu pendant l'accès de manie simple, ce qui lui fait dire que la folie circulaire est une névrose trophique, « *trophoneurose*. »

Cette hypothèse perd beaucoup de sa valeur devant les assertions de Dittmar qui a observé dans une série de cas de folie circulaire une diminution du poids du corps dans la période maniaque et une augmentation dans la période mélancolique. D'autre part, Mendel a vu le poids du corps augmenter dans des cas de manie simple.

Meyer n'a pas observé dans les phénomènes de la circulation des changements correspondants à ceux qu'il signale pour la nutrition. Par contre, Meynert a émis une théorie de la folie circulaire basée sur l'état alternatif de relâchement et de contraction des parois vasculaires dans les deux périodes de l'accès. Dans cette hypothèse, Meynert explique les faits comme suit : il suppose d'abord une augmentation de l'excitabilité du centre vaso-moteur, cet état, amenant une contraction générale du système artériel, provoquerait l'anémie générale. Or, l'anémie cérébrale serait la condition physiologique du stade mélancolique.

A cet état d'excitation du centre vaso-moteur, succéderait une paralysie de ce centre, d'où dilatation du système artériel et hyperémie générale. L'hyperémie cérébrale serait la condition physiologique du stade maniaque.

Meynert dans cette hypothèse explique aussi l'alternance des deux périodes de l'accès de folie circulaire. L'anémie générale de la période mélancolique atteignant aussi le centre vaso-moteur, il se produit un manque d'activité de ce centre, d'où dilatation artérielle, hyperémie cérébrale et état maniaque. Cette hyperémie rendant au centre vaso-moteur toute son activité, il se reproduit une contraction du système artériel avec anémie cérébrale et état mélancolique. Ces phénomènes s'appelant l'un l'autre successivement, le cercle est constitué. Selon la rapidité avec laquelle ces divers états des artères se succèdent, il y a intermission ou continuité dans les manifestations maniaques et mélancoliques.

L'auteur trouve que cette hypothèse explique les faits d'une

manière suffisante; d'autant plus que ses recherches sphymographiques sont en complet accord avec elle. Il a constaté régulièrement l'état de relâchement des artères dans la période maniaque, et l'état de contraction dans la période mélancolique. Un seul tracé sphymographique a paru en contradiction avec l'hypothèse émise; mais c'est dans des conditions telles que cette exception est, d'après l'auteur, une confirmation de la règle. Il a en effet constaté une fois un état de relâchement des artères dans la période mélancolique. Il en a présumé qu'il s'agissait d'un état de transition, et l'observation est venue confirmer son opinion. En moins de vingt-quatre heures à partir du moment où il avait pris le tracé en question, le malade était devenu franchement maniaque, de mélancolique qu'il avait été au moment de l'expérience.

L'auteur rappelle que Falret, tout en faisant de l'ineurabilité un caractère de la folie circulaire, admettait l'existence d'intervalles avec retour à l'état normal; tandis que Baillarger, qui sous la dénomination de folie à double forme comprenait aussi les cas où il n'y avait qu'une seule période de dépression suivie d'un stade d'agitation maniaque ou vice versa, professe que la maladie persiste pendant la période intermédiaire et admet une catégorie de cas de folie circulaire curables. Meyer, Kirn et Krafft-Ebing partagent cette manière de voir.

L'auteur est tenté de regarder l'état où se trouvait le malade après sa dernière période de quarante jours de mélancolie, comme une suite d'accès abortifs de folie circulaire. Il croit que l'on pourrait en faire autant pour la période de neuf ans qui s'est écoulée entre le premier accès de manie et la séquestration du malade.

Il se demande si, dans bien des cas de folie circulaire survenus à longue distance après un accès de manie, on n'a pas été en présence d'une série d'accès abortifs ayant simulé une guérison. Le rapport avec l'accès initial serait ainsi bien établi, et le caractère d'ineurabilité de la folie circulaire deviendrait manifeste.

L'auteur finit en disant qu'il a voulu déduire des indications thérapeutiques, des troubles circulatoires révélés par le sphymographe.

Les résultats ont été à peu près négatifs; le nitrate d'amyle a bien donné une diminution de la contraction artérielle, mais sans modifier l'état mental.

L'ergotine qui paraissait indiquée dans l'état maniaque a été

absolument inefficace. La pilocarpine n'a donné aucun résultat. L'opium au lieu de donner le relâchement des artères, comme on s'y attendait, a produit une augmentation de contraction de ces vaisseaux et paraît plus indiqué dans l'état maniaque que dans l'état de dépression.

Observation de troubles psychiques transitoires ;
par Loevenfeld de Munich (juin).

L'auteur rapporte le cas d'une femme de vingt-sept ans, sujette à des accès de migraine. Le 3 février 1879, à 9 heures du matin, elle remarqua que sa vue se troublait au point que bientôt elle ne put plus distinguer aucun objet. Elle éprouva en même temps de violents maux de tête et eut des vomissements et des hallucinations visuelles. Appelée à midi auprès de la malade, l'auteur la trouve pâle, la température paraît normale, mais il y a du délire ; bientôt la malade ne reconnaît plus personne, et des phénomènes d'aphasie de nature ataxo-amnésique se produisent. La malade confond les mots, les employant les uns pour les autres, et quelquefois forme les combinaisons les plus singulières au moyen de syllabes réunies sans ordre. A 3 heures du soir, tout trouble intellectuel a disparu, la céphalalgie persiste pendant quelques jours.

L'auteur après avoir éliminé l'hypothèse d'un accès de manie transitoire, parce que, dit-il, dans ces cas on observe des phénomènes de congestion, d'hyperémie cérébrale, suivis d'un état comateux, émet l'opinion, que ces troubles intellectuels, qui ont duré 6 heures seulement, constituent une manifestation particulière de la migraine. A l'appui de cette hypothèse, l'auteur fait remarquer que les premières manifestations de l'accès, les troubles visuels, ont paru en même temps que la migraine, que la malade a eu des vomissements, ce qui dans la migraine est très fréquent, ainsi que la petitesse du pouls également observée pendant la période de trouble. La pâleur du visage coïncidant avec la rougeur de la congestion, que l'auteur a remarquée chez sa malade, s'observe souvent dans les cas de migraine, et a été surtout signalée par du Bois-Réymond. Grasset a signalé la fréquence des troubles de la parole dans la migraine, et Living dit avoir, dans certains cas, observé des troubles légers de l'intelligence. Enfin, la durée des troubles intellectuels, ajoute l'auteur, a été celle d'un accès de migraine.

Deux cas de paralysie combinée de l'épaule et du bras; par le docteur Oswald Vierordt (juillet).

Un ouvrier, à la suite d'une violente contusion du bras gauche, présente une paralysie intéressant les muscles deltoïde, sous-épineux, sous-scapulaire, sus-épineux, biceps, brachial interne, long supinateur et court supinateur du côté gauche. Les muscles sont également atrophiés. Il y a diminution de la sensibilité au pouce et à l'index de la main gauche, ainsi que dans un triangle comprenant, à l'épaule gauche, assez exactement la surface du deltoïde. Les muscles autres que ceux énumérés sont dans leur état normal. Le malade est traité par l'électrisation et son état s'améliore.

D'après l'auteur, ce cas est une forme typique de la paralysie combinée du bras et de l'épaule, telle qu'elle a été décrite par Erb, Remack, Høedemayer et Bernhardt.

Erb a démontré expérimentalement qu'il y a un point du plexus brachial dont la faradisation provoque les contractions du deltoïde, du brachial interne, du long et du court supinateur, du sous-épineux et du sous-scapulaire; et Høedemayer a démontré que ce point est situé sur les cinquième et sixième nerfs cervicaux et correspond à l'endroit où ces nerfs passent entre les deux scalènes. L'intérêt de cette observation git, d'après l'auteur, en ce que tous les troubles sensitifs et moteurs que permet de prévoir une lésion du point désigné par Erb et Høedemayer, ont été observés chez son malade, et cela après une contusion qui a produit un gonflement dans la fosse sus-claviculaire, au niveau du point en question.

Pour bien faire ressortir l'importance de la découverte d'Erb, l'auteur rapporte un cas où le diagnostic a pu être établi grâce à cette découverte. Les symptômes observés permettaient d'hésiter entre une atrophie musculaire progressive, une myélite antérieure chronique et une affection des cellules motrices de la moelle. La répartition des troubles moteurs présentant une grande analogie avec les troubles observés dans la paralysie combinée du bras et de l'épaule droite par Erb, a permis de préciser le siège de la lésion, et de le rapporter au niveau des cinquième et sixième racines nerveuses cervicales. La paralysie concomitante du muscle trapèze, lequel muscle n'a rien de commun avec ces racines nerveuses, est pour l'auteur, une preuve de plus à l'appui de la localisation énoncée; vu qu'il est établi que les racines du nerf qui vont au trapèze descendent quelquefois jusqu'à la racine du septième nerf cervical.

L'auteur croit que ces faits sont précieux pour le diagnostic différentiel des lésions des cellules grises antérieures, et des racines motrices de la moelle ; et permettront souvent de rejeter l'hypothèse d'une atrophie musculaire progressive.

Des effets de l'hyoscyamine ; par le Dr Richter (juillet).

L'auteur croit qu'en général les effets de l'hyoscyamine dépendent des dispositions individuelles et qu'il est difficile de formuler d'une façon précise les cas où ce médicament peut rendre des services. Il l'a expérimenté souvent, et a parfois obtenu des résultats heureux, là où les préparations opiacées avaient complètement échoué.

Chez une femme de trente-huit ans, atteinte d'un accès de manie, avec une agitation excessive et anxiété, tous les moyens employés semblaient augmenter encore l'agitation. L'auteur fit alors une injection de 3 milligr. d'hyoscyamine, et le calme se rétablit aussitôt, le pouls tomba de 120 à 90. Au bout de quatre jours, un nouvel accès d'agitation survint, il céda à la même médication, et dès lors les injections furent continuées régulièrement et le calme se maintint, mais le trouble des idées persista : circonstance que l'auteur regarde comme n'ayant aucun rapport avec l'emploi de l'hyoscyamine.

Dans un autre cas, l'auteur a employé les injections d'hyoscyamine contre une chorée invétérée. La dose journalière initiale de 2 milligr. fut portée successivement à 4 centigr. en une fois, et même finalement à 16 milligrammes en deux fois. Cette dernière dose occasionna des symptômes désagréables, tels que chaleur, sécheresse de la gorge, battements de cœur, éblouissements. Chaque injection fut suivie d'un repos général du système musculaire durant trois à cinq heures.

L'auteur insiste pour que le malade se couche après l'injection ; il estime que de même que pour l'opium, l'effet de l'hyoscyamine est favorisé par le repos au lit. L'auteur a observé dans ce cas une amélioration durable et une diminution du trouble de la parole.

Il avait fait précédemment des expériences peu encourageantes sur l'hyoscyamine. Il attribue les résultats heureux qu'il observe maintenant, à la supériorité du produit. Il y a, dit-il, de l'hyoscyamine à 25 fr. le gramme, et il y en a à 3 fr. C'est l'emploi de cette dernière qui donnerait lieu aux résultats incertains ou même fâcheux de la médication.

Dr ALOYSE ADAM.

BIBLIOGRAPHIE

Philosophie et physiologie cliniques de l'aliénation mentale ; par le Dr HENRY BONNET, médecin en chef, directeur de l'asile de Châlons-sur-Marne. — Paris, G. Masson, éditeur, 1882.

M. le Dr Bonnet vient de publier sous le titre de *Philosophie et physiologie cliniques de l'aliénation mentale*, une étude intéressante ; nous voulons ici nous borner à en faire ressortir l'idée principale.

L'auteur examine, dans une première partie de son travail, les progrès que la science médico-psychologique a réalisés depuis le commencement de ce siècle. Il pense que les recherches expérimentales et le rationalisme ayant peu à peu débarrassé l'enfant de ses langes, la génération qui va nous suivre ne verra plus cette science livrée à d'aventureuses conceptions.

La théologie comme l'ancienne philosophie sont remplacées par la science moderne qui a pour point d'appui le positivisme, sur lequel seulement doit s'étayer la raison.

Bichat refusait déjà à cette union étroite de l'intelligence et du moral que le spiritualisme appelle « âme », une entité et une indépendance spéciales, il soumettait à la vie organique tout ce qui est relatif aux facultés.

Notre savant maître Baillarger reconnaît dans toute manifestation morale, instinctive ou purement intellectuelle, une force et un organe. Pour le Dr Dally, la psychologie n'est autre que l'étude dynamique du cerveau.

L'esprit de l'homme, dit Descartes, dépend si fort du tempérament et de la disposition des organes que, s'il est possible de trouver un moyen qui rende communément les hommes plus sages, c'est dans la médecine qu'il faut le chercher.

« Malgré la nature et la délicatesse des manifestations psychologiques, il est impossible, affirme Claude Bernard, de ne pas faire rentrer les phénomènes cérébraux, comme tous les

« autres phénomènes des corps vivants, dans les lois d'un déterminisme scientifique. La physiologie doit éclairer la psychologie. »

Le Dr Bonnet ajoute qu'elle corrobore la clinique: « Le somatisme cérébral, en engendrant une expression psychique, retentit sur le corps entier, absolument comme les somatismes de ce dernier, en altérant secondairement le cerveau, produisent aussi tels ou tels phénomènes d'entendement et de moralité. Tout se tient dans l'être et la folie vient de partout. »

L'aliénation mentale est un trouble de toutes les sensibilités.

Auzouy cite l'exemple d'un jeune homme très bien doué qui devint subitement aliéné. L'examen constate que le malade était complètement anesthésique; lorsqu'il rentrait en possession de sa sensibilité cutanée, il recouvrait la raison. Luys rapporte l'exemple d'une dame devenue anesthésique, elle s'imaginait n'avoir plus de poids et elle croyait qu'elle était sur le point de s'envoler.

Les plus petites particules de l'organisme, dit notre distingué confrère, ont leur sensibilité anatomique; d'abord confuses, ces sensibilités éparses n'attendent que leur réunion pour agir sur les actes de la vie de relation, végétative ou psychique. L'harmonie préétablie de Leibnitz, étudiée de nos jours sous une autre forme, veut que rien ne soit dédaigné dans l'organisme; elle reconnaît l'activité à chaque molécule, sa destination spéciale et une solidarité commune. Tous nos éléments ont une sensibilité sourde, aboutissant à des sensations spéciales et à des déterminations naturelles et précises. La substance et l'entendement, quoique distincts en eux-mêmes, n'en forment pas moins une unité, et c'est de l'arrangement et du consensus étroit des molécules animées que naissent la sensation, la perception et la pensée. La sensibilité existe aux limites infinitésimales des particules de notre être, qu'on ne saurait contester. Bouisson, de Montpellier, cite le cas d'un jeune homme devenu aliéné à la suite d'une cataracte double. Une heureuse opération a guéri la cataracte et la folie.

Le professeur Poincaré a fait l'observation suivante: «

« La pie-mère n'est autre chose qu'une dépendance du système général, devenue excessivement vasculaire et moins fibreuse au niveau d'organes dont la vie nutritive et fonctionnelle est de beaucoup supérieure à celle des nerfs... C'est sur les lobes cérébraux que l'élément conjonctif s'efface le plus pour faire place à une richesse vasculaire portée au plus

« haut degré, ce qui indique que l'exercice de la pensée exige
« une dépense matérielle des plus considérables. »

Le Dr Bonnet cherche à prouver, en citant des observations à l'appui, que dans la folie l'organe cérébral subit une nutrition imparfaite et que par son retentissement sur tout le système nerveux il détermine le dépérissement général de l'organisme.

Pour lui, la pathologie mentale peut se résumer dans les conclusions suivantes :

1° Altérations innées du système nerveux ou de l'organisme en général; hérédité, congénialité;

2° Altérations acquises du système nerveux central ou périphérique;

3° Altérations organiques acquises pouvant se ranger sous ce chef; troubles innés ou acquis de la sensibilité.

Il en résulte que toute maladie peut découler immédiatement des troubles nerveux qui ont produit l'aliénation; qu'elle peut enfin amener des perturbations physiologiques du système nerveux qui seront directement la cause de la folie.

Nous ne poursuivrons pas plus loin cette analyse.

L'auteur embrasse, à notre avis, un cadre bien vaste. Nous aurions aimé lui voir serrer son sujet de plus près, développer les idées qu'il émet et discuter la valeur des observations qu'il résume. Toute théorie ne peut se faire accepter qu'à la condition de reposer sur des faits bien étudiés.

Cette étude est comme la préface d'un travail que notre confrère entreprendra sans doute et dans lequel l'observation clinique devra servir de base aux importantes considérations physiologiques et psychologiques qu'il résume avec une grande érudition.

H. DAGONET.

Les maladies de la mémoire; par M. Ribot, directeur de la *Revue philosophique*. Germer-Baillière et Cie. Paris, 1884.

M. Ribot est un philosophe naturaliste qui s'efforce de mettre d'accord la psychologie et la physiologie. Sa méthode est basée sur l'observation pure. Il laisse de côté les phénomènes qui sont encore inaccessibles à notre compréhension, ou du moins, il ne cherche pas à se rendre compte de leur essence; il se contente d'en étudier les conditions diverses. — C'est ainsi qu'en un tout petit volume, il nous donne une monographie remarquable de la mémoire.

La première partie de son travail est consacrée à l'étude psycho-physiologique de la mémoire, la seconde à son étude pathologique.

Qu'est-ce que la mémoire ? La question serait ainsi mal posée. Le mémoire n'est pas une. Il faut dire : Qu'est-ce qu'un fait de mémoire ?

C'est une forme affaiblie de la perception. — Un fait de mémoire comprend trois choses : la conservation de certains états ; leur reproduction ; leur localisation dans le passé. Mais ces trois conditions n'ont pas égale valeur.

Les deux premières seules sont absolument nécessaires.

La troisième ne se rencontre que dans ce qu'on pourrait appeler la mémoire parfaite.

Dans sa plus simple expression, la mémoire ne comprend donc que la conservation de certains états et leur reproduction. C'est la mémoire *organique*.

Un exemple de la mémoire organique à l'état d'ébauche nous est fourni par la contraction musculaire. On sait que la contraction d'un groupe de muscles est d'autant plus facile qu'elle a été répétée plus souvent.

Mais c'est le tissu nerveux qui présente au plus haut degré la double propriété de la conservation et de la reproduction. Un type de la mémoire organique est l'action automatique *secondaire* (par opposition à l'action automatique *primitive* ou innée qu'on peut, du reste, considérer comme résultant de l'hérédité et primitivement acquise).

M. Ribot choisit, pour exemple, la locomotion, et en analysant cet acte, en l'observant à son début, c'est-à-dire chez l'enfant, il fait voir qu'il y a tout d'abord tâtonnement, apprentissage, et cela jusqu'au moment où, à force de répétitions, la mémoire organique est bien établie.

Puis il démontre que la mémoire organique ressemble en tout à la mémoire psychique, sauf en un point : l'absence de conscience : « Dans son mode d'acquisition, de conservation et de reproduction, nous trouvons la mémoire organique identique à celle de l'esprit. Seule, la conscience manque. » A l'origine même, elle accompagnait l'activité motrice, puis elle s'est effacée graduellement. »

Il faudrait donc s'occuper de la grande question des rapports de l'inconscient avec le conscient. Mais nous sommes obligés d'avouer que cette question est irrésoluble, quant à présent. Nous pouvons, cependant, analyser certaines conditions de la

conscience et nous arrivons à ce résultat que la durée et l'énergie de l'impression sont les deux facteurs principaux de la mémoire consciente. Du reste, la conscience n'est qu'un épiphénomène de la mémoire, et dans le total des actes de mémoire, ceux qui sont conscients sont incomparablement moins nombreux que les autres.

Il s'agit maintenant de la partie tout à fait originale de cette étude, c'est la théorie physique de la mémoire :

La mémoire, impression renouvelée, occupe les mêmes parties que les impressions primitives, et les conditions physiologiques de cet acte sont : 1° une modification particulière imprimée aux éléments nerveux ; 2° une association établie entre un certain nombre d'éléments modifiés.

La modification élémentaire est admise par tout le monde. C'est ce que les philosophes appellent *vestige*, *résidu*. Beaucoup d'auteurs ne vont même pas plus loin : La cellule orientée dans un sens persiste dans cet état et, en vertu de son automatisme, elle fait renaître l'impression. — C'est admettre implicitement que chaque souvenir, chaque idée, est contenu dans une cellule unique.

Mais la réflexion montre que, loin d'être des *unités*, les idées sont des *multiplicités*. Prenons l'objet le plus simple et nous verrons combien sont nombreux les processus de cérébration, nécessaires, pour nous donner une idée de cet objet.

Il y a donc autre chose que la modification des éléments dans l'acte de la mémoire. Il y a encore une *formation*, entre les éléments, d'*associations déterminées pour chaque événement particulier*. C'est ce que M. Ribot appelle les *associations dynamiques*.

Dans cette hypothèse, on peut admettre que chaque cellule nerveuse n'est susceptible que d'une seule modification, car, comme le nombre des cellules est considérable, les associations diverses peuvent produire des quantités infinies de combinaisons.

Il n'y a plus maintenant qu'à examiner la mémoire-psychique à son plus haut degré de perfection, c'est-à-dire la mémoire consciente avec localisation dans le passé. C'est la *reconnaissance* des auteurs : Nous déterminons la position d'un souvenir dans le temps au moyen d'un point fixe qui sert de rapport et qui est l'état actuel. Nous remontons les espaces intermédiaires jusqu'à ce que nous arrivions à la place occupée par le souvenir. En pratique, nous avons des points de repère qui nous permettent de négliger les intermédiaires, ce qui simplifie fort le travail.

Telle est la théorie de M. Ribot. Il termine, en surhordonnant les modifications élémentaires et les associations dynamiques, faits vitaux, bases fondamentales de la mémoire, en les subordonnant, disons-nous, aux conditions physiologiques d'une nutrition normale des éléments.

Il est bien naturel que la lecture d'un traité de la mémoire réveille des souvenirs anciens. En voici qui nous reviennent et qu'il nous faut localiser, hélas ! assez loin déjà dans le passé :

Nous avions, dans un lycée de Paris, un professeur de *logique* qui nous donnait, sur la mémoire, les singulières notions suivantes : La mémoire est une faculté de l'âme immatérielle. Le raisonnement des matérialistes, qui font siéger la mémoire dans le cerveau, n'a pas même besoin d'être réfuté. Comment, en effet, une substance aussi peu consistante que la pulpe cérébrale pourrait-elle conserver une impression durable ? La mémoire est sous la dépendance directe de l'attention, autre faculté de l'âme, mais qui emprunte certains de ces éléments à la volonté. — On peut admettre que la mémoire, en elle-même, est identique, quant à sa puissance, chez tous les hommes. Les différences observées ne tiennent qu'aux différences individuelles dans l'énergie de l'attention.

Les hommes de notre génération ont tous reçu à peu près le même enseignement. A la vérité, nous ne nous sommes laissés aller à cette digression que pour établir la comparaison entre les doctrines d'aujourd'hui et celles qui étaient classiques, il y a vingt ans.

Mais reprenons l'analyse du livre de M. Ribot. Nous en sommes à la partie pathologique :

Les maladies de la mémoire sont divisées en maladies par défaut et en maladies par excès. Les premières comprennent les amnésies générales et partielles ; les secondes les exaltations ou hypermnésies ou exaltations de la mémoire.

Les amnésies générales sont elles-mêmes divisées en temporaires, périodiques, progressives et congénitales (idiotie, imbécillité). Ordinairement, elles frappent davantage l'observateur, mais elles sont moins instructives que les partielles. Ce qu'un lecteur malveillant pourrait traduire ainsi : elles s'accordent plus difficilement avec l'hypothèse. Mais il n'en est rien. Les faits d'amnésie générale temporaire sont ordinairement mal étudiés, nous entendons les faits anciens qui ne sont le plus souvent présentés que comme des curiosités scientifiques, et quant aux faits modernes, ils sont encore peu nombreux. Mais l'attention

est tournée de ce côté et nous pensons que la science finira par élucider beaucoup de faits qui semblent encore tenir du merveilleux. Du reste, dans bien des cas, M. Ribot donne des raisons qui sont concluantes, principalement dans ce qui concerne les formes régressives.

On voit alors la mémoire disparaître progressivement à partir du temps présent (loi de régression). Les actes les plus anciens, les plus stables, de la mémoire résistent plus longtemps que les instables.

C'est d'une façon analogue qu'on explique les amnésies partielles. Les noms propres, puis les noms communs, disparaissent d'abord. La raison en est que les mémoires des choses concrètes sont plus instables que les mémoires des adjectifs, des verbes et surtout des interjections qui sont des abstractions, lesquelles ont exigé, pour leur éducation mnémonique, un concours relativement plus complexe et aussi plus répété des modifications élémentaires et des associations dynamiques. — On voit, de quelle façon heureuse, cette explication rentre dans la théorie.

Après les exaltations de la mémoire, M. Ribot étudie ce qu'il appelle la fausse mémoire. C'est un phénomène que tout le monde a plus ou moins éprouvé : à l'aspect d'une chose nouvelle, au récit d'un fait ignoré, on éprouve la sensation subjective qu'on a vu la chose nouvelle, qu'on connaît le fait ignoré. Il l'explique par la production d'un souvenir arrivant de suite après l'impression première et avec une énergie telle qu'il apparaît à la conscience comme l'impression réelle, laquelle impression réelle est reléguée dans le passé à l'état de souvenir. Cette explication est très ingénieuse. Nous nous souvenons avoir lu que Bichat avait remarqué ce phénomène et qu'il l'expliquait par un défaut de simultanéité du travail de la cérébration dans chaque hémisphère. Dans quelle partie de ses œuvres? C'est ce que nous avons oublié.

Nous autres, médecins, nous ne pouvons trop remercier les philosophes qui procèdent à la façon de M. Ribot. On nous répète que nous ne voyons que l'objectif, que nous ne savons nous élever jusqu'aux régions de la métaphysique. — Eh bien, voilà comment un psychologue des plus distingués termine une étude de la mémoire :

« Il y a entre la conservation (mémoire) et la nutrition un rapport de cause à effet..... La rapidité extrême des échanges nutritifs dans le cerveau, qui semble, au prime abord, une cause d'instabilité, explique, au contraire la fixation des

» souvenirs..... La circulation cérébrale générale et aussi locale
 » modifie complètement le phénomène de la mémoire..... Dans
 » la démence, quand les cellules sont désorganisées, l'amnésie
 » est fatale. »

Notre conclusion est que tous les médecins doivent lire le livre de M. Ribot.

D^r L. CAMUSET.

Contribution à l'étude des troubles fonctionnels de la vision par lésion cérébrale; par Ch. Féré, docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux, préparateur à la clinique des maladies nerveuses. — Aux bureaux du *Progrès médical* et chez A. Delahaye et E. Lecrosnier. — Paris 1882.

Toutes les conditions défavorables se réunissent pour rendre difficile l'étude des localisations cérébrales. Les savants ont mis à contribution, pour arriver à un résultat, l'anatomie, la physiologie expérimentale, l'observation clinique, et, jusqu'à présent, leurs conclusions ne concordent guère. Bien plus, des physiologistes éminents, comme M. Brown-Séquard, en sont arrivés à nier la localisation des fonctions motrices dans l'écorce; d'autres, comme M. Goltz, ne croient pas davantage aux localisations sensitivo-sensorielles. Il y a, cependant, des vérités acquises que personne ne met plus guère en doute, comme la localisation de la faculté du langage articulé dans la troisième circonvolution frontale gauche et dans quelques parties voisines, comme encore la localisation, dans la partie postérieure de la capsule interne, de la plus grande partie des conducteurs sensitifs. Ces résultats, s'ils sont minimes en comparaison de tout ce qui reste à savoir, ont cependant une importance intrinsèque immense. Loin donc de désespérer de l'avenir, il faut se rappeler que les recherches sérieuses ne datent que d'hier et qu'elles ont donné déjà de grands résultats. Mais si toutes les méthodes d'exploration peuvent apporter leur concours à la résolution de ce difficile problème de physiologie, c'est la clinique et les autopsies qui doivent avoir le rôle prépondérant. « C'est à la clinique humaine et à l'anatomie pathologique que doit rester le dernier mot. » Ainsi s'exprime M. Féré, un élève de M. Charcot, dans le livre qu'il publie aujourd'hui.

Ce livre a trait à l'étude des troubles fonctionnels de la vision par lésion cérébrale. On peut le résumer ainsi : — Point

de départ : Le principe suivant, que soutenait M. Charcot, avant que de nouvelles observations soient venues le modifier : Une lésion unique de l'hémisphère avec intégrité de la bandelette optique, ne peut provoquer que de l'*amblyopie croisée*. — Point d'arrivée : En outre des amblyopies, il existe aussi des *hémianopsies* d'origine cérébrale. Quant à la localisation des centres de perception, l'auteur ne conclut pas absolument. Voici l'hypothèse qu'il propose :

On sait que M. Charcot supposait un schéma établissant une décussation complète, mais biloculaire des bandelettes optiques. Une demi-décussation dans le chiasma, l'autre demi-décussation dans les tubercules quadrijumeaux. C'est ainsi qu'il expliquait l'amblyopie croisée. M. Féré, lui, établit un schéma différent qui rend compte des faits observés depuis : Il suppose une région inconnue de l'écorce en rapport avec la vision *centrale* venant de l'œil opposé par une autre voie que la bandelette, par la racine grise, par exemple. Un autre centre cortical, situé sans doute près des centres moteurs corticaux (et cela, à cause de la coïncidence habituelle de l'hémianopsie et de l'aphasie), dont la lésion détermine l'hémianopsie du côté opposé.

Mais M. Ferré a bien soin de séparer cette partie de son travail, qu'il appelle théorique, de la partie clinique, la seule qu'il juge positive.

Notre auteur a traité son sujet d'une façon complète, quoique concise. Il passe d'abord en revue les diverses opinions des anatomistes sur le trajet des nerfs optiques ; il admet la demi-décussation dans le chiasma, mais il reste dans le doute en ce qui concerne le trajet des fibres à partir des corps genouillés. — Ensuite, il résume les faits expérimentaux, examine les expériences de MM. Ferrier et Yeo (qui placent les centres visuels dans le gyrus angulaire et le lobe occipital); celles de M. Munk (qui place partout les zones de sensibilité exactement au-dessus des zones motrices et qui admet que la sphère visuelle comprend tout le lobe occipital), enfin, celles de M. Tamburini (qui place le centre visuel dans la deuxième circonvolution externe, chez le chien.) — Puis, il arrive aux faits cliniques, de beaucoup les plus importants selon lui, il donne alors un grand nombre d'observations rangées par catégories. Des figures reproduisant les tableaux gradués pour la mensuration du champ visuel accompagnent ces observations. Nous signalerons parmi les plus importantes la soixante-deuxième,

(Hémianopsie gauche, altération (ramollissement) du lobe postérieur droit).

Nous terminerons l'analyse de ce travail en faisant remarquer combien, malgré la difficulté du sujet et grâce à la méthode d'exposition de l'auteur, la lecture en est claire et facile.

D^r L. CAMUSER.

Leçons sur les maladies mentales; par M. B. Ball, professeur à la Faculté de médecine de Paris. — 2^e édition, 4^{es} fascicule, — Asselin et Cie 1884. Paris.

C'est le commencement d'un ouvrage qui renfermera les leçons de M. le professeur Ball sur la pathologie mentale. Nous n'avons encore que le premier fascicule. Il est vrai que ce premier fascicule est d'une certaine étendue, il a plus de 200 pages, il renferme sept chapitres complets; enfin, il en est déjà à la seconde édition : c'est dire l'accueil que le public a fait à l'œuvre de l'auteur.

L'esprit du livre est clairement indiqué par ce passage de la préface : « Il ne s'agit pas ici de remplacer, par un enseignement didactique, ces connaissances pratiques qui ne peuvent s'acquérir que par une longue connaissance des malades, ni de créer d'emblée des aliénistes de profession : il s'agit de fournir aux jeunes médecins une vue d'ensemble du sujet..... Il s'agit enfin de faciliter les premiers pas dans la carrière à ceux qui, par tendance spontanée de leur esprit, se sentent naturellement portés vers les études de cet ordre. »

Quand M. Ball se traçait un tel programme, il n'était encore que professeur agrégé; son cours n'était, en réalité, qu'un cours accessoire. Aujourd'hui, les choses ont changé, M. le professeur Ball est chargé de l'enseignement de la pathologie mentale à la Faculté de médecine de Paris. Nous pensons donc que, dans sa nouvelle chaire, le professeur aura un nouvel objectif. Nous espérons qu'après avoir exposé les notions générales d'ensemble, il reprendra chaque sujet en détail, énumérant toutes les théories, les comparant entre elles, indiquant les efforts tentés à notre époque pour expliquer, d'après la méthode physiologique ordinaire, les phénomènes psychologiques, leurs perversions, etc.; en un mot enfin, épuisant la somme des connaissances anciennes et modernes en psychiatrie.

La grande difficulté de ces cours longs, minutieux, mais enfin complets, est, pour le professeur, de toujours rester inté-

ressant, de ne pas fatiguer l'attention. Mais M. Ball n'a pas à craindre cet écueil. Son érudition, son talent d'exposition, l'élégance de son langage, captiveront toujours son auditoire.

Nous ne voulons donc considérer les *Leçons sur les maladies mentales* actuelles que comme une entrée en matière, comme une manière au maître d'exposer ses principes: A ce point de vue, nous ne croyons pas que la critique la plus sévère puisse trouver à s'exercer.

Analyser les différents chapitres de l'ouvrage serait une superfluité: le monde médical les connaît. La première leçon: « *La médecine mentale à travers les siècles* » est remarquable, elle a paru entière dans ces *Annales*. La seconde doit nous arrêter un peu, elle est intitulée: *La folie en général*.

L'auteur est amené là à exposer ses principes en philosophie et il conclut, c'est-à-dire, au contraire, qu'il refuse de conclure, et cela en ces termes: « Restons dans notre rôle et ne cherchons pas à en sortir. — Laissons les moralistes, laissons les philosophes définir la pensée à leur point de vue. Ils le feront avec plus d'autorité que nous et nous ne songeons pas à empiéter sur leur domaine. (page 42). » — Qu'il nous soit permis de trouver M. Ball trop modeste: quand on est comme lui, médecin, aliéniste, érudit et lettré, on est apte, autant qu'homme du monde, à juger sainement les questions philosophiques. D'ailleurs, dans ce même chapitre, en quelques phrases nettes et concises, il condamne et le spiritualisme pur de Platon et ce qu'il appelle le matérialisme grossier de Cabanis.

Il est vrai qu'en clinique, la doctrine philosophique, le dogme n'a pas grand chose à faire; d'autant mieux que les cliniciens, quelle que soit la secte philosophique à laquelle ils appartiennent, raisonnent et agissent toujours comme s'ils étaient matérialistes. . . . Mais au point de vue de la science purement spéculative, est-il réellement indifférent d'avoir ou de ne pas avoir de drapeau? Une école peut-elle s'en passer? L'éclectisme peut-il suffire? Le siècle est au positivisme. M. Ball se rapproche peut-être de cette doctrine puisqu'il n'est ni spiritualiste ni matérialiste (voir p. 40-41-42). — Mais nous nous arrêtons, le sujet est délicat, et nous pourrions devenir indiscrets.

Les chapitres qui viennent ensuite traitent « des illusions et des hallucinations. » L'auteur, après avoir passé en revue les différentes théories des hallucinations, se rallie à celle dite *psycho-sensorielle*; mais il lui donne la plus large extension

possible. Dans un article récent paru dans le journal *l'Encéphale*, à propos d'hallucination unilatérale provoquée par une lésion de l'oreille moyenne, M. Ball exprime son opinion sur la pathogénie des hallucinations d'une façon encore plus explicite que dans ses *leçons* : L'appareil sensoriel doit, physiologiquement, comprendre l'organe périphérique récepteur, les fibres nerveuses allant de cet organe aux cellules de la couche optique, ces cellules et enfin les fibres qui les mettent en rapport avec les cellules de la substance grise. Eh bien, la cause provocatrice de l'hallucination peut agir sur une quelconque des parties susindiquées et mettre ainsi le système sensoriel entier en vibration. — C'est ainsi, du moins, que nous avons compris la pensée de M. Ball.

Le chapitre « des conceptions délirantes » nous semble le plus remarquable. Il est impossible de présenter un tableau à la fois plus concis, plus clair et plus complet, de la genèse des délires, sujet particulièrement difficile à traiter.

Enfin le fascicule finit au début de la huitième leçon : « Les formes du délire. »

Nous terminons en priant, avec instance, M. Ball, et cela au nom de tous les médecins qui s'occupent de psychiatrie, de donner au plus tôt la suite de ses *Leçons sur les maladies mentales* (1).

D^r L. CAMUSET.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Thirty-ninth annual report of the managers of the state lunatic asylum for the year 1884 ; par le D^r John P. Gray. Albany, 1882.

— Lettres médicales sur Ghéel et le patronage familial, adressées au D^r Ingels ; par le D^r J. A. Peeters, br. in-8. Gand, 1882.

— Ueber den Einfluss einiger aetiologischer Momente auf die Form und den Verlauf von Geistesstörungen ; par le D^r Max Leidesdorf. Vienne, 1882.

— Sull'a guarigione spontanea della epilessia ; par le D^r R. Tambroni ; br. in-8, Milan, 1882.

— A case of perverted sexual instinct ; par le D^r Alder Blumer. br. in-8, Philadelphia, 1882.

— A rational materialistic definition of insanity and imbecility with the medical jurisprudence of legal criminality founded upon physiological, psychological and clinical observations ; par M. Henry Howard ; vol. in-8. Montréal, 1882.

(1) Quand cet article a été écrit le deuxième et le troisième fascicules des *Leçons* de M. le professeur Ball n'avaient pas encore paru.

— Asile d'aliénés de Caddillac; compte rendu médical de l'année 1884; par le Dr Campan. Bordeaux, 1882; br. in-8°.

— Rapport sur l'asile public d'aliénés d'Evreux pour l'année 1884; par le Dr Daniel Brunet. Evreux, 1882; br. in-8°.

— Rapport sur l'asile public d'aliénés de Breuty pour l'année 1884; par le Dr A. Péon. Angoulême, 1882; br. in-8°.

— Le monde des rêves; par le Dr Max Simon. Paris, 1882; vol. in-48.

— La paralysie générale chez la femme; par le Dr Régis. Paris, 1882; br. in-8°.

— Les illusions des sens et de l'esprit; par James Sully. Paris, 1882; chez Germer Baillière; vol. in-8°; prix, 6 fr.

— Sur la sclérose des circonvolutions cérébrales chez les aliénés et en particulier sur une forme nouvelle (cirrhose atrophique granuleuse disséminée); par le Dr S. Pozzi. Paris, 1882; br. in-8°.

— Recherches d'anatomie comparative et d'anatomie philosophique sur les caractères du crâne et du cerveau; par le Dr L. Manouvrier. Paris, 1882; br. in-8°.

— Du fractionnement des opérations cérébrales et en particulier de leur dédoublement dans les psychopathies; par le Dr Descourtis. Paris, 1882; br. in-8°.

— De l'aliéné au point de vue de la responsabilité pénale; par le Dr E. Lelorrain. Paris, 1882, chez Germer Baillière; br. in-8°.

— Considérations sur les attaques apoplectiformes et épileptiformes de la paralysie générale; par le Dr Broquère. Paris, 1882; br. in-8°.

— Twenty-fourth annual report of the general Board of commissioners in Lunacy for Scotland. Edimbourg, 1882; vol. in-8°.

— The disease of the Scythians (morbus feminarum) and certain analogous conditions; par le Dr William A. Hammond. New-York, 1882; br. in-8°.

— Ueber die Gesetze des periodischen Irreseins und verwandter Nervenzustände; par le Dr Koster. Bonn, 1882; br. in-8°.

— Die Heil- und Pflegeanstalten für Psychisch-Kranke des deutschen Sprachgebietes; par le Dr Heinrich Lacbr; nouvelle édition. Berlin, 1882; vol. in-8°.

— The efficient dosage of certain remedies used in the treatment of nervous diseases; par le Dr E.-C. Séguin. New-York, 1882; br. in-8°.

— Ueber den Einfluss der Aphasie auf die Fähigkeit zur Testamentserrichtung; par le Dr F. Jolly. Strasbourg, 1882; br. in-8°.

— Ueber die staatliche Fuersorge fuer Epileptiker; par le Dr F. Jolly. Strasbourg, 1882; br. in-8°.

— Zur Frage der medicamentösen Behandlung der Psychosen; par le Dr Brosius. Berlin, 1882; br. in-8°.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêté du 9 février 1882 (omission). M. le Dr PÉON, directeur-médecin de l'asile de Breuly (Charente), a été promu à la 1^{re} classe de son grade, pour prendre rang à partir du 4^{or} janvier 1882.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, en date du 14 octobre, M. le Dr TAGUET, médecin en chef de l'asile de Bordeaux, a été chargé du cours complémentaire de clinique des maladies mentales à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de cette ville.

NÉCROLOGIE

Le Dr MICHÉA. — Le 18 juillet dernier est mort à Dijon dans sa 68^e année le Dr Michéa, qui a été longtemps attaché comme médecin résident à l'une des maisons de santé de Paris.

Le Dr Michéa a publié sur les maladies mentales et nerveuses un certain nombre de travaux estimés, parmi lesquels nous citerons :

1^o *Des doctrines psycho-physiologiques chez les anciens, dans leurs rapports avec les théories de l'aliénation mentale*, in *Annales médico-psychologiques*, 1843, t. I.

2^o *Traité pratique, dogmatique et critique de l'hypochondrie* (ouvrage couronné par l'Académie de médecine); Paris, 1845; vol. in-8^o.

3^o *Du délire des sensations* (ouvrage couronné par l'Académie de médecine); Paris, 1846; vol. in-8^o.

4^o *De l'état du sang dans la paralysie générale des aliénés*; Paris, 1848.

5^o *De l'emploi des opiacés dans le traitement de l'aliénation mentale*, in *Union médicale*, 1848.

6^o *Des déviations malades de l'appétit vénérien*, in *Union médicale*, 1849.

7^o *De l'anesthésie de douleur dans l'aliénation mentale et de son influence pathogénique sur certains modes de délire partiel*; in *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1856.

8^o *Du délire hypochondriaque chez les déments paralytiques*; in *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1864.

WOLLEZ. — Le Dr WOLLEZ (Eugène-Joseph) qui est mort à Paris le 4 septembre, à l'âge de 74 ans, a appartenu pendant une quin-

zain d'années au corps des médecins aliénistes comme médecin visiteur de l'asile privé de Clermont (Oise). Revenu à Paris en 1854, il fut nommé médecin du bureau central dès 1855 ; en 1873, il fut élu membre de l'académie.

Parmi les nombreux travaux de Woillez, qui se rapportent pour la plupart, d'ailleurs, aux maladies de la poitrine, nous ne citerons que son ouvrage intitulé : *De l'amélioration de l'homme aliéné considéré comme individualité sociale*, Paris 1849; et son *mémoire sur l'épidémie de choléra qui s'est déclarée dans l'asile de Clermont (Oise) en 1849*, publié dans les *Annales médico-psychologiques*, année 1854. Woillez était un praticien des plus consciencieux ; il était estimé de tous et n'avait que des amis.

COMMISSION D'ÉTUDE DU RÉGIME DES ALIÉNÉS

La commission d'étude du régime des aliénés, instituée par décret en date du 40 mars 1884 (Voir *Annales médico-psychologiques*, 1884, t. V, p. 342 et 519), vient de reprendre ses travaux. Dans une séance tenue le 20 octobre sous la présidence de M. Fallières, ministre de l'intérieur, elle a décidé, sur la demande qui lui en a été faite par le ministre, qu'elle ferait en sorte de terminer avant le 4^{or} novembre, l'examen des changements et additions à introduire dans la loi sur les aliénés. Le nouveau projet pourra donc être déposé sur le bureau de la Chambre des députés le 9 novembre 1882.

Pour faciliter les travaux de la commission, le ministre de l'intérieur avait fait établir par son administration un avant-projet dont les articles classés dans le même ordre que ceux de la loi de 1858, ne faisaient que reproduire les dispositions adoptées par les huit groupes qui avaient été chargés d'étudier sous leurs divers aspects les réformes que pouvaient comporter la législation et les règlements concernant les aliénés. Les rapports des groupes avaient été imprimés et adressés à chacun des membres de la commission.

CONCOURS POUR L'INTERNAT DES ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE.

PRÉFECTURE DE LA SEINE

Note

Un concours pour la nomination à deux emplois d'internes en médecine dans les asiles publics d'aliénés de la Seine (Sainte-Anne, à Paris; Ville-Evrard et Vancluse, dans Seine-et-Oise) sera ouvert le lundi 4 décembre 1882, à midi précis.

Pourront prendre part à ce concours tous les étudiants en médecine, âgés de moins de trente ans et pourvus de douze inscriptions.

Les candidats devront se faire inscrire à Paris, au siège général de la préfecture de la Seine (bureau du personnel), du 2 au 18 novembre 1882 inclusivement.

Chaque candidat devra produire les pièces ci-après :

- 1^o Un acte de naissance ;
- 2^o Un extrait du casier judiciaire ;
- 3^o Un certificat de vaccine ;
- 4^o Un certificat de bonne vie et mœurs ;
- 5^o Un certificat constatant qu'il est pourvu de douze inscriptions en médecine.

Le concours porte sur l'anatomie et la physiologie.

La durée des fonctions d'interniste est de trois ans. — La répartition des internes dans les divers services d'aliénés se fait dans l'ordre de classement établi par le jury d'examen.

Les avantages attachés à la situation d'interniste dans les asiles d'aliénés de la Seine comportent le logement, le chauffage, l'éclairage, la nourriture et un traitement fixe et annuel de 300 francs pour les internes de l'asile Sainte-Anne, de 400 fr. pour ceux de Ville-Evrard et de Vacluse.

DES ALIÉNÉS EN AUTRICHE

Nous empruntons les chiffres suivants au rapport que la commission centrale de statistique vient de publier sur l'état sanitaire de l'Autriche en 1878.

Le nombre des établissements spéciaux pour les aliénés est de 26 avec 5,934 lits. Le nombre des aliénés a augmenté de 2 pour 100 sur l'année précédente et de 3 pour 100 sur l'année 1876. Les aliénés hommes sont un peu plus nombreux (54 p. 100) que les femmes (46 p. 100).

UNE SOIRÉE A SAINT-ROBERT

Depuis longtemps le service médical de l'asile des aliénés demandait que les réformes intelligentes, appliquées dans de nombreux établissements d'aliénés, le fussent aussi à l'établissement de Saint-Robert. Le conseil général avait été saisi de la question, grâce à l'initiative de MM. Gaché et Sorrel, et avait émis un avis favorable.

L'administration a voulu seconder le service médical dans ses généreuses revendications, et hier soir, à huit heures, l'asile Saint-Robert était transformé en lieu de plaisance. Les infortunés pensionnaires allaient goûter le charme d'une soirée-concert, destinée à apporter quelque diversion dans la monotonie de leur existence.

M. le préfet, dont la sollicitude est bien connue, avait tenu à honneur de rehausser par sa présence l'éclat de cette fête inspirée par un sentiment de généreuse philosophie.

La salle où avait lieu le concert était admirablement décorée et les aliénés s'étaient mis en frais d'imagination pour recevoir leurs invités.

Le personnel dirigeant de la maison faisait les honneurs avec

une grâce charmante. Il était représenté par M. Pinot, directeur, les docteurs Dufour et Berthollet, MM. Bergeaud, économiste, Galland et Tacussel, internes.

Cent malades environ des deux sexes assistaient au spectacle, divisé en trois parties distinctes. Rien dans leur attitude ne trahissait la folie, le calme le plus profond et une attention soutenue caractérisaient leur disposition d'esprit.

Le concert était alterné de séances de prestidigitation par M. Mario, qui a su égayer son auditoire par ses tours vraiment surprenants.

Les organisateurs et les artistes amateurs de cette belle fête ont droit aux éloges les plus mérités et ils doivent être fiers de la bonne œuvre qu'ils ont accomplie.

Des illuminations générales dans les jardins de l'asile, et des feux de bengale, ont clos cette journée que nous sommes d'avis, avec le service médical, de renouveler fréquemment.

(Extr. du *Républicain de l'Isère*.)

SOUSCRIPTION POUR LE BUSTE DU D^r MARCHANT.

2^e liste.

MM. Belle.	Noilé.	100
Danis.	Pagès.	100
Desmaisons.	Picard.	100
Fusier, père.	Reverchon.	100
Fusier fils.	Rougé.	100
Lafitte.		100

Le montant total de la souscription est aujourd'hui de 390 fr.

Les souscriptions dont le chiffre a été fixé à 5 fr. doivent être adressées à M. le D^r Bouchereau, à l'asile Sainte-Anne, à Paris.

Pour les articles non signés : L. LUNIER.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE VIII^e VOLUME DE LA SIXIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE.

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS.

I. Chronique.

PAGES.

La folie et le divorce devant la Chambre des députés et devant les tribunaux — Les maisons de santé privées, pour le traitement des aliénés devant le Parlement anglais. — Troubles intellectuels dans le cours de la paralysie agitante. — Théories relatives à la localisation cérébrale des phénomènes de sensibilité. — De l'hyoscyamine dans le traitement de l'aliénation mentale. — La castration et l'ablation des ovaires employées comme moyens curatifs de la folie.	5
La folie considérée comme cause de divorce, en Angleterre et en Saxe. — Lésions cérébrales localisées dans le lobule de l'insula. — Lavage de l'estomac dans le traitement des cas graves de sitiphobie. — Surveillance à exercer sur la correspondance des aliénés. — Nouveaux attentats commis par des aliénés sur la personne de médecins aliénistes	477
Délire et troubles cérébraux dans l'intoxication par l'iodoforme. — Congrès de la Rochelle. — La double conscience. — Pathogénie du goitre. — Étiologie et lésions anatomiques du myxoedème. — Morphomanie et morphinisme. — Migraine ophtalmique comme prodrome de la paralysie générale. — Mutilations inspirées par le délire érotico-religieux.	353

II. Pathologie.

La famille Lochin; par MM. les Drs Reverchon et Pagès	48
De l'asphyxie locale des extrémités dans la période de dépression de la folie à double forme; par M. le Dr Ant. Ritti.	36
Note sur les traumatismes de l'oreille; par M. le Dr Biate.	50
Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la paralysie générale; par M. le Dr Philippe Rey.	55
Traumatisme avec perforation du crâne; foyer purulent et vermineux du cerveau, hémiplegie droite progressive et consécutive à la destruction des circonvolutions cérébrales motrices correspondantes; par M. le Dr Petrucci	488
Note sur un cas de folie sympathique; par M. le Dr Pons.	201
Des lésions ophtalmoscopiques dans la paralysie générale; par M. Ch. Duterque.	211
Traitement et curabilité de la péri-cérébrite; par M. le Dr Daniel Brunet.	366
De l'aphasie dans ses rapports avec l'aliénation mentale; par M. le Dr Rousseau.	389

III. Archives cliniques.

	PAGES
72. Délire de persécution systématisé d'origine alcoolique, suivi de paralysie générale; par M. Fabre de Parrel.	62
73. Un cas de paralysie générale tardive; par M. Philippe Rey. . .	70
74. Un cas de mort par hémorrhagie cérébrale dans le cours d'une paralysie générale; par MM. Bigot et Camuset.	228
75. Mal perforant du pied dans la paralysie générale; par M. J. Christian.	230
76. Paralysie générale, par M. Foville.	409
77. Démence paralytique primitive avec simultanéité de délire mélancolique et de délire ambitieux; par M. Taguet.	414

IV. Médecine légale.

La folie doit-elle être considérée comme une cause de divorce? par M. le Dr Blanche.	72
Rapport sur l'état mental de la nommée Louise V..., présenté à M. le Ministre de l'Intérieur; par MM. les Drs Lunier, Foville et Magnan.	235
Revue de médecine légale: les attentats contre les personnes commis par les aliénés, par M. le Dr A. Giraud.	415

V. Législation.

Organisation de la clinique des maladies mentales et de l'asile Saint-Nicolas à Saint-Petersbourg. La législation russe sur les aliénés; par M. le Dr Marchant.	81
---	----

DEUXIÈME PARTIE**REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE****I. Société médico-psychologique.**

Séance du 27 mars 1882. — Correspondance et présentation d'ouvrages: MM. Solivetti, Giraud, Motet, Voisin. — Prix Belhomme et Aubanel: M. Legrand du Saulle. — Auscultation de la parole à la surface du crâne: M. Paul Moreau (de Tours). — Rapport de M. Motet sur la candidature de MM. Riva et Seppilli: élection. — De la responsabilité légale des faibles d'esprit (suite): M. Motet. — Du divorce et de l'aliénation mentale: M. Dally.	97
Séance du 24 avril 1882. — Mort de Dagron. — Correspondance et présentation d'ouvrages: MM. Baillarger, Seppilli, Riva, Bécoulet, de Blumer, Van der Swalme. — Souscription pour le buste de Marchant: M. Lunier. — Rapport sur le prix Esquirol: M. Paul Garnier. — Rapport sur le prix Aubanel: MM. Charpentier et Lasègue. — Eloge de Maré: M. Ritti.	113
Séance du 22 mai 1882. — Correspondance et présentation d'ouvrages: MM. Ritti, Billod, Charpentier, Legrand du Saulle, Dally.	

Brochin, Motet. — Rapport de M. Christian sur la candidature de M. Giraud : élection. — Présentation de cerveaux conservés : M. Luys. — Observation d'aphasie avec hémiplegie gauche : MM. Dally, Mesnet, Delasiauve, Voisin. — De l'idiotie : MM. Aug. Voisin, Delasiauve. — Du divorce et de l'aliénation mentale (suite) : MM. Aug. Voisin, Delasiauve.	248
Séance du 26 juin 1882. — Mort de Lagardelle. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Azam, Gerente, Giraud, Aug. Voisin, Magnan. — Tentative d'assassinat commise par un aliéné sur un médecin : MM. Motet, Aug. Voisin. — Discussion sur les asiles d'aliénés criminels (suite) : MM. Brunet, Christian, Motet, Delasiauve, Lasègue, Dally. — Rapport de M. P. Moreau (de Tours) sur la candidature de M. Solivetti : élection. — Nomination de la commission des prix Belhomme et Aubanel. — Du divorce et de l'aliénation mentale (suite) : M. Aug. Voisin.	256
Séance supplémentaire du 17 juillet 1882. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Solivetti, Dally. — Statue de Pinel : MM. Legrand du Saulle, Bigot, Lunier. — Discussion sur les asiles d'aliénés criminels (suite) : MM. Falret, Delasiauve, Lunier, Motet, Dally, Legrand du Saulle, Blanche, Dagonet.	297

II. Revue des journaux de médecine.

LE DIVORCE ET L'ALIÉNATION MENTALE

A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE ET DANS LA PRESSE MÉDICALE

Discours de M. Luys à la séance de l'Académie de médecine du 30 mai 1882.	303
Article de M. Dechambre (<i>Gazette hebdomadaire</i> ; n° du 2 juin 1882).	316
Discours de M. Blanche à la séance de l'Académie de médecine du 13 juin 1882.	322
Discours de M. Luys à la séance de l'Académie de médecine du 20 juin 1882.	329

JOURNAUX FRANÇAIS (1881)

Anal. par M. le Dr E. Récis

Elongation des nerfs dans l'ataxie locomotrice.	149
Substances médicamenteuses agissant sur la pupille.	149
Impressions et actes des aliénés.	150
Élément mental dans l'étiologie de la goutte.	150
Alimentation forcée des aliénés sitio-phobes.	151
Influence des lésions des nerfs grand sympathique et trijumeau et du bulbe rachidien sur les affections de l'oreille.	151
Cervelet comme centre coordinateur des mouvements nécessaires à la station et à la marche.	152
Accidents aigus dans le cours d'un goitre exophtalmique.	153

	PAGES.
Prodromes de la folie.	153
Etude des penchants inférieurs.	153
Méningite cérébro-spinale à forme foudroyante	153
Nouvelle propriété du système nerveux	154
L'aliéné devant la société.	154
JOURNAUX BELGES (1881).	
Anal. par M. le D ^r E. RÉGIS.	155
Des fonctions du cerveau	156
Du traitement de l'épilepsie	156
Tentative de meurtre commise par un persécuté	156
Un cas de catalepsie.	156
Etude sur la ménopause.	157
Des amas de leucocytes dans la substance cérébrale du cerveau.	157
Les aliénés dangereux.	158
Délire consécutif à des hémorrhagies après l'accouchement.	158
JOURNAUX ESPAGNOLS (1881).	
Anal. par M. le D ^r PEYBERNÈS.	158
Les convulsionnaires de Santa Orosia	335
Statistique officielle des asiles espagnols	338
JOURNAUX ANGLAIS (1879-1881).	
Analyse par MM. les D ^{rs} DUMESNIL, PONS et DE MUSENAVE CLAY.	
Statistique des aliénés en Angleterre.	436
Tumeur du cerveau avec épilepsie et catalepsie.	438
Anomalies du cerveau d'un imbécile hydrocéphale.	439
Asiles espagnols.	445
Soins à donner aux aliénés à leur sortie des asiles.	448
Plan d'un asile d'aliénés.	449
Loi sur les buveurs d'habitude.	451
Des pensions de retraite des fonctionnaires d'asiles.	452
De la prophylaxie de la folie.	454
Cagots des Pyrénées.	454
Syphilis et aliénation mentale.	454
Cas de chorée hystérique.	456
Lésions cérébrales et spinales de la pseudo-hypertrophie musculaire.	456
Paralysie temporaire après les attaques épileptiques.	457
La piscidia erythrina.	464
De l'amblyopie et de l'hémiopie cérébrales.	464
Le tétanos.	469
JOURNAUX AMÉRICAINS (1880).	
Anal. par M. le D ^r DESMARES.	
Responsabilité des superintendants d'asiles.	470

Lois anglaises sur l'aliénation.	473
Jurisprudence médicale.	474
De l'hyoscyamine contre la folie.	475
Du lit de protection et de ses usages.	476
Epilepsie simulée.	477
Sur le rôle des médecins-experts devant la justice.	480
La folie aux périodes critiques de la vie.	482
Rapports entre l'épilepsie et la phthisie.	483
Mariage et hérédité des épileptiques.	483

JOURNAUX ALLEMANDS (1880-1882).

Anal. par MM. les Drs HILDENBRAND et ALOYSE ADAM.

De l'hébéphrénie.	488
Traitement des aliénés malpropres.	486
Rapports de la syphilis avec la folie.	488
Remarques sur la folie circulaire.	489
Les psychoses pénitentiaires.	490
Trajet central du nerf spinal.	491
Durée de la période latente et caractère pseudo-réflexe des phénomènes tendineux.	491
Traitement du tabes dorsalis par le pinceau faradique.	492
Troubles de la nutrition pendant la convalescence de la manie.	492
Cas d'hémiatrophie de la face.	493
Convulsions idiopathiques de la langue.	493
Etiologie de l'épilepsie dans l'enfance.	494
Altérations de l'écorce cérébrale dans le stade initial de la paralysie générale.	494
Trajet des fibres gustatives de la corde du tympan.	496
Manie passagère à la suite d'un accès de fièvre des fondeurs de laiton.	495
Cause anatomique du tétanos.	496
Localisation des paralysies saturnines des membres inférieurs.	496
Sur quelques réflexes chez les enfants.	497
Elongation des nerfs dans l'ataxie locomotrice.	497
Position de l'omoplate dans la paralysie du grand dentelé.	497
Des psychoses circulaires.	498
Troubles psychiques transitoires.	503
Paralysie combinée de l'épaule et du bras.	504
Effets de l'hyoscyamine.	505

III. Bibliographie.

La Manie. Monographie, par M. le Dr Mendel, professeur agrégé à l'Université de Berlin. 4 vol. in-8 (Anal. par M. le Dr Chatelain).	459
Le sommeil et l'insomnie, étude physiologique, clinique et thérapeutique; par M. le Dr Angel Marvaud, médecin-major de 1 ^{re} classe. 4 vol. in-8 (Anal. par M. le Dr Camuset)	161.

	PAGES.
De la cachexie pachydermique; par M. le Dr Ridet-Saillard. Broch. in-8. (Anal. par M. le Dr Camuset).	164
Histoire des aliénés dans les Iles-Britanniques; par M. le Dr Daniel Hack Tuke (Analyse par M. A. F.).	340
Considérations sur l'absinthisme; par M. Marius Maunier, ancien interne de l'asile de Marseille. Thèse de Montpellier, 1880 (Anal. par M. le Dr Sauze).	343
Etude sur la volonté et le libre arbitre, suivie de dissertations biologiques; par M. le Dr Leblois (Anal. par M. le Dr Camuset). . .	344
Philosophie et physiologie cliniques de l'aliénation mentale; par M. le Dr Henry Bonnet, directeur-médecin de l'asile de Châlons-sur-Marne. Broch. in-8° (Anal. par M. le Dr Dagonet).	506
Les maladies de la mémoire; par M. Th. Ribot, directeur de la <i>Revue philosophique</i> . 1 vol. in-12. (Anal. par M. le Dr Camuset). .	508
Contribution à l'étude des troubles fonctionnels de la vision par lésion cérébrale; par M. le Dr Ch. Féré, préparateur à la clinique des maladies nerveuses. Broch. in-8° (Anal. par M. le Dr Camuset). .	543
Leçons sur les maladies mentales; par M. B. Ball, professeur à la Faculté de médecine de Paris. 1 ^{re} fascicule. Broch. in-8° (Anal. par M. le Dr Camuset).	515
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.	465 346 et 517
ASSOCIATION MUTUELLE DES MÉDECINS ALIÉNISTES; assemblée générale du 24 avril 1882.	466

IV. Variétés.

Nominations et promotions : MM. Cortyl, Delaporte, Guyot, Lapointe. — Nécrologie : Lagardelle. — Tentative d'assassinat par un aliéné sur un médecin. — Agrandissement de l'asile de Ville-Evrard.	174
Nominations et promotions : MM. Dagonet, Porcet, Germain Cortyl, Taguet, Marandon de Montyel, Noté, Campagne, Bonnet, Langlois, Cullerre, Kéraval, Bouhila, de Bransaulié. — Prix de la Société médico-psychologique. — Prix de l'Académie de médecine. — Asile d'aliénés du Var. — Statistique des aliénés en Italie. — Meurtre commis par un aliéné, dans un hospice de vieillards. — Attentat commis contre un médecin d'asile par un aliéné. — Souscription pour la statue de Pinel : 8 ^e liste. — Souscription pour le buste de Marchant. — Clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris : MM. Vallon et Rueff.	347
Nominations et promotions : M. Taguet. — Nécrologie : Michéa, Woillez. — Commission d'étude du régime des aliénés. — Concours pour l'internat des asiles de la Seine. — Des aliénés en Autriche. — Une soirée à Saint-Robert. — Souscription pour le buste de Marchant : 2 ^e liste.	519
Table des matières du tome VIII de la sixième série.	523